138

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. LANDOUZY.

Professeurs

Anatomie	MM. NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUÉNU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LYDIE LEMPERT

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
ANCIEN INTERNE DE L'ASILE DU VÉSINET

Née à Paris, le 22 Mai 1888

HERPÈS ET ZONA
D'ORIGINE DENTAIRE

Président : M. MAURICE LETULLE, *professeur*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
AMÉDÉE LEGRAND
36, RUE SERPENTE, 36

1914

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

dont l'absence se fait encore plus cruellement sentir au moment de la terminaison de ces études auxquelles sa tendresse s'était tant intéressée.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR A. LEMPERT

Membre fondateur de la Société de Stomatologie

qui a été notre premier et notre meilleur maître dans l'étude de la Stomatologie, et dont l'inépuisable bonté ne nous a jamais fait défaut.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR LAUNOIS
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

M. LE DOCTEUR TUFFIER
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

M. LE DOCTEUR RICARD
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE PROFESSEUR LETULLE
Médecin de l'Hôpital Boucicault

M. LE DOCTEUR DARIER
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

M. LE DOCTEUR BAZY
Membre de l'Académie de Médecine. Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

M. LE DOCTEUR BOISSARD
Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

MM. LES DOCTEURS GEORGES LABEY, LŒPER, GUILLAIN, DESMAREST, ROUX-BERGER.

M. LE DOCTEUR CALBET
Médecin de l'Asile du Vésinet

A MES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE STOMATOLOGIE

C'est avec un très grand plaisir que nous prions nos Maîtres d'accepter ici l'hommage de notre bien sincère gratitude.

M. le Docteur LAUNOIS a été pour nous un maître excellent. En toutes circonstances il nous a donné les marques de son affectueuse sympathie et de son dévouement. Nous l'en remercions profondément.

Dans son beau service de Saint-Louis, M. le Docteur DARIER nous a prodigué, sans compter, son enseignement si méthodique et si clair. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de lui témoigner combien grande est notre reconnaissance.

Les mois passés à la Maternité de Lariboisière auprès du Docteur BOISSARD qui fut pour nous plein de bienveillance resteront dans nos plus chers souvenirs.

Tous nos remerciements vont aussi à MM. les Docteurs CRUET et RODIER, professeurs de clinique à l'Ecole de Stomatologie, auxquels nous devons une grande part de nos connaissances dans notre spécialité.

Nous adressons au Docteur ROUSSEAU-DECELLE, dentiste des hôpitaux, l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu mettre à notre disposition une série de documents, et nous prodiguer au cours de ce travail ses précieux conseils.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR M. LETULLE

Membre de l'Académie de Médecine. Médecin de l'Hôpital Boucicaut

En hommage de profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Pendant bien des siècles, l'évolution e les lésions des dents furent considérées comme les facteurs importants d'un grand nombre de maladies. Puis, dès la fin du XVIII[e] siècle, ce rôle étiologique du système dentaire dans la pathologie humaine s'effaça de plus en plus. Avec l'ère microbienne, la réaction devint plus violente encore, et l'opinion médicale rejeta du cadre nosologique tous les accidents réflexes de dentition. De nos jours enfin, l'influence du système nerveux apparaissant prépondérante dans un grand nombre de phénomènes biologiques et pathologiques, l'intransigeance s'est faite beaucoup moins absolue, et grâce aux travaux de Head sur les zones d'hypéresthésie cutanée d'origine dentaire, ceux de Jacquet et de Rousseau-Decelle sur les répercussions cutanées des irritations gingivo-dentaires, la réalité de rapports intimes entre les affections dentaires et certaines dermatoses est parfaitement acquise.

Il est d'ailleurs logique d'admettre ces répercussions au niveau du crâne, de la face et du cou. Le

trijumeau qui s'épanouit dans les dents et leur donne une sensibilité exquise, n'est-il pas un des nerfs les plus *réflexogènes* de l'organisme, puisque, par ses centres, il entre à travers le bulbe, la protubérance et la moelle, en connexion avec presque tous les autres nerfs crâniens ?

Or, au niveau des dents, il est exposé à des irritations fréquentes et de toute nature, traumatiques, chimiques, ou infectieuses, ce qui détermine, suivant la loi de Brown-Séquard, une hypéresthésie dans le domaine du nerf. Ce physiologiste a montré, en effet, dans de remarquables expériences que l'excitation d'une région riche en nerfs provoque l'exaltation de la sensibilité de ce côté. Par de nombreux exemples, M. Jacquet a montré de plus que, dans ces cas, on constate *l'exaltation*, non pas seulement de la sensibilité, mais aussi *de la vie organique totale sous tous ses modes*, se traduisant par de l'hyperthermie, de l'érythrose, l'exagération de la sensibilité électrique, etc. Ce sont là autant de troubles qui constituent les répercussions banales d'une lésion dentaire.

Mais les altérations du système dentaire peuvent provoquer une irritation du trijumeau de valeur tout à fait inégale selon *leur nature*. Très différentes sont les répercussions d'une lésion aiguë, pulpite, arthrite, alvéolite traumatique, ou d'une lésion chronique, arthrite du sommet, polyarthrite, gingivite, calcification de la pulpe, kyste radiculo-dentaire, granulome apical, poussée néo-dentaire. Suivant

Rousseau-Decelle, tandis que les irritations dentaires aiguës déterminent un ébranlement violent et diffus, mais éphémère, dans tout le territoire du trijumeau, les irritations alvéolaires chroniques retentissent plus discrètement et dans un domaine plus circonscrit, leur action répétée, continue, altère le trophisme cutané de façon plus durable et profonde.

D'autre part, une même altération du système dentaire est réflexogène à des degrés très divers *suivant les individus*. Et cette variabilité s'explique par l'état des centres nerveux. Chez un sujet en parfait équilibre nerveux, le trouble réflexe d'une irritation alvéolo-dentaire existe, mais à peine ébauché, il n'attire pas l'attention ou ne peut être décelé ; chez un sujet, au contraire, en état d'équilibre instable, surmené, chargé d'une hérédité névropathique, déprimé par une maladie infectieuse ou une intoxication, la réaction est grande avec une excitation faible.

Pour que le désordre nerveux soit important, il faut encore *l'intervention simultanée de plusieurs excitations* congénitales ou générales, centrales ou externes, sensorielles ou viscérales. « *Des excitations, qui isolées paraissent impuissantes, deviennent efficaces quand elles s'accumulent, car elles ont, malgré leur inefficacité apparente, augmenté l'excitabilité de l'organisme* » (Jacquet, *Théorie de la sommation*).

En résumé, quelle que soit leur valeur, les irritations dentaires viennent se réfléchir sur les téguments de la tête et du cou, où elles se manifestent soit en créant un lieu de moindre résistance, une véri-

table zone d'appel pour l'agent pathogène d'une maladie spécifique, comme la tuberculose ou la syphilis, soit en déterminant, de concert avec d'autres irritations, une lésion cutanée indépendante.

Toute excitation des terminaisons du trijumeau dentaire a sa répercussion constante au cuir chevelu et à la face, chaque tissu réagissant suivant sa fonction propre.

Grâce aux travaux de Jacquet et de ses élèves sur ces répercussions cutanées dont la pelade est actuellement la mieux connue, l'existence d'un lien unissant certains accidents cutanés au système dentaire est presque universellement admise. Le zona, pour lequel la possibilité d'une origine dentaire n'avait jamais été soupçonnée jusqu'à ces dernières années, en est un nouvel exemple.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Connu dans l'antiquité, puisque déjà les médecins du monde gréco-romain en font mention, le zona a passé, au milieu du siècle dernier, du cadre des maladies cutanées dans lequel sa symptomatologie l'avait tout naturellement confiné jusque-là, dans le domaine de la neuro-pathologie, quand les recherches modernes eurent établi que la lésion éruptive était en réalité sous la dépendance d'une altération profonde du système nerveux. C'est à chercher le siège exact de cette lésion nerveuse initiale, et sa nature première, qu'ont tendu les travaux récents qui sont venus modifier les opinions anciennes et apporter à cette affection un intérêt tout nouveau.

Déjà, au 1^er^ siècle de notre ère, Celse fait allusion au zona en termes assez obscurs, il est vrai, pour avoir été interprétés de façon douteuse. Peut-être s'agissait-il de zona, peut-être d'une forme quelconque de lupus, ou de syphilides serpigineuses. Par contre, vers la même époque, Pline l'Ancien et Scri-

bonius Largus en ont laissé, sous le nom même que nous lui donnons aujourd'hui, des indications brèves, mais nettes.

Le moyen-âge reste muet sur cette éruption, et c'est au XVIII^e^ siècle seulement qu'on verra quelques médecins apporter leur contribution à l'étude du zona, mais il ne leur est pas familier. C'est ainsi que Frédéric Hoffmann (1730) et Lorry (1776) le distinguent à peine de l'érysipèle chronique et le font naître de saburres gastriques. Un peu plus tard, en 1780, Borsieri, dans un mémoire qui fait époque, dissocie le zona du lupus et de l'érysipèle et l'attribue à une humeur âcre, aussi brûlante que les acides, ulcérant la peau et causant des douleurs de feu.

A une époque plus rapprochée de nous, Willan, en 1808, Alibert, en 1822, frappés de l'aspect vésiculeux de l'éruption, et considérant le zona comme une manifestation dartreuse, le décrivent sous la dénomination de dartre phlycténoïde en zone ou d'herpès zoster, nom que lui ont conservé d'ailleurs depuis les dermatologistes particulièrement en Allemagne et en Angleterre, et le rangent dans la vaste classe des dartres ou herpès que les travaux dermatologiques modernes vont peu à peu dissocier.

Donc, durant cette longue période, ne remarquant que les éléments éruptifs, les auteurs ont fait du zona uniquement une dermatose, et si l'élément douleur ne leur a pas échappé, puisqu'ils ont adopté, pour désigner cette affection, les mots curieux de feu sacré, feu de saint Antoine, et ceinturon sacré, aucun d'eux

n'attacha l'importance qu'ils méritent aux phénomènes névralgiques qui sont pourtant une des caractéristiques du zona.

Rayer, le premier, en 1835, après Mehlis qui s'était contenté de les signaler, en donne une brillante description, mais il ne cherche pas à découvrir leur signification. C'est à *Parrot*, quelques années plus tard (1856), que revient l'honneur d'avoir su démêler leur nature exacte, et de leur avoir accordé le premier plan. Avec lui, le zona devient une « manifestation toujours secondaire subordonnée à l'existence d'une névralgie ».

Dès lors, les théories anciennes, théories exclusivement cutanées, vont passer dans le domaine de l'oubli. L'herpès zoster se détachera bien nettement des herpès vrais, simples lésions cutanées, avec lesquelles il était longtemps confondu. Il leur ressemble d'ailleurs par tant d'autres caractères communs, qu'à l'heure actuelle encore, en dépit des caractères particuliers de l'herpès (absence de douleur, dissémination irrégulière des vésicules, récidives fréquentes), l'école allemande ne voit en eux qu'une affection unique.

L'hypothèse de Parrot ouvrait la voie à des vues nouvelles. Elle obtient sa consécration dans la série remarquable de travaux que *Bärensprung* couronne en 1863, par l'examen anatomo-pathologique d'un cas de zona (1). Il établissait nettement, à l'origine de cette affection, l'existence d'une lésion du système nerveux,

(1) Bärensprung, Beiträge zur kenntniss der zosters. *In Annales des Charite Krank*, 1863, t. XI, p. 21, 100.

et fondait ainsi la théorie nerveuse qui devait rester définitivement acquise.

Ces premières études du plus haut intérêt édifièrent clairement la base anatomique de l'herpès zoster, mais il restait deux points obscurs : *le siège exact de la lésion*, et *sa nature intime*.

Bärensprung, découvrant l'existence d'un travail inflammatoire très marqué, et de la dégénérescence graisseuse, au niveau des ganglions spinaux, accusait une lésion de ces ganglions. Les autopsies succédant à cette première observation anatomique, allaient, les unes apporter une confirmation à son opinion, les autres, au contraire, être en désaccord avec elle.

Charcot et Cotard (1) (1865) publient un cas avec des lésions ganglionnaires identiques, Weidner (1870) (2) n'obtient sur trois cas que des résultats négatifs ; dans la même année, Wagner (3) rapporte un nouvel examen anatomo-pathologique et conclut à une atteinte des ganglions ; en 1871, Oscar Wyss (4), en 1875 Sattler (5), reconnaissent dans deux cas de zona de la première branche du trijumeau, des altérations du ganglion de Gasser ; enfin Kaposi (6) (1876), Chande-

(1) Charcot et Cotard, Sur un cas de zona du cou. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1865, p. 41, IVe série, vol. II.

(2) Weidner, *in thèse de Bertrand*, Paris, 1875.

(3) Wagner, *Archiv. der Heilkunde*, 4e heft, Leipzig, 1870.

(4) Oscar Wyss, Beitrag zur Kenntniss des Herpès zoster. *Archiv. für Heilkunde*, Bd. XVI, 1871, p. 261.

(5) Sattler, Ueber das Wesen des Herpès ophtalmicus. *Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerz. in Wien*, 29 oktober 1875.

(6) Kaposi, cité par Dougradi. *Thèse de Paris*, 1896, p. 15.

lux (1) (1879) ont l'occasion de faire des autopsies qui leur permettent d'incriminer nettement le ganglion spinal à l'origine du zona, et plaident en faveur des idées de Bärensprung.

Les recherches qui suivent vont au contraire s'en éloigner, et les théories admises se modifier sous l'influence des travaux de Lesser (2), de Pitres et Vaillard (3) (1883), de Curschmann et Eisenlohr, de Dübler (4) (1884). Ces observateurs pratiquent également quelques examens *post-mortem*, et tandis que le microscope ne leur révèle rien ou presque rien d'anormal au niveau des ganglions, il leur permet de noter, soit des lésions des nerfs qui varient de la simple segmentation de la myéline, à la destruction du cylindre-axe, soit de la sclérose totale du nerf, soit de la périnévrite aiguë nodulaire. Et de ces observations, ils concluent que l'altération des nerfs est plus importante et plus constante que celle des ganglions rachidiens, et attribuent le zona à une névrite périphérique.

Mais cette hypothèse, pas plus que la précédente, n'est appuyée par une véritable démonstration. Au contraire, elle va perdre chaque jour du terrain devant le succès grandissant d'une conception toute nouvelle

(1) Chandelux, Observation pour servir à l'histoire des lésions nerveuses dans le zona. *Archiv. de Phys.*, 1879, t. XI, p. 674.

(2) Lesser, Beitrage zur Lehre vom Herpès zoster, *Virchow's Archiv.* 1881, Bd. LXXXVI, p. 391.

(3) Pitres et Vaillard, Contribution à l'étude des névrites périphériques non traumatiques. *Archiv. de Neurologie*, 1883, t. V, p. 191.

(4) Dübler, Ueber Neuritis bei Herpès zoster. *Virchow's Archiv.*, 1884, t. XCVI, p. 195.

qui prit naissance après que Head, en 1893, eut fait connaître ses recherches sur la métamérie spinale qui repose sur des données embryologiques un peu délicates (1).

Jusqu'au 4e mois de la vie intra-utérine, l'embryon peut être considéré comme constitué par une série de segments horizontaux superposés, ou métamères innervés chacun directement par le segment médullaire correspondant ou neurotome. Cette disposition primitive persisterait chez l'adulte où l'on retrouverait, malgré l'ascension relative de la moelle, concordance parfaite entre le métamère et le neurotome.

Reprenant les idées du neurologiste anglais, *Brissaud* les développe brillamment, et au nom de la clinique, édifie, en 1896, la théorie du zona spinal, du zona myélopathique (2). Le zoster ne serait que la conséquence d'une maladie du métamère spinal et constituerait une affection primitivement médullaire.

L'introduction de la ponction lombaire parmi les méthodes courantes d'investigation clinique vint alors à l'appui des partisans de la théorie spinale. Il était tentant pour eux, il est vrai, de rechercher si le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de zona présentait les signes d'une réaction méningée. Et, de fait, Brissaud et Sicard, les premiers, dans deux cas de

(1) Head, On disturbances of sensation with special reference to the pain of viscéral diseases, *Brain*, 1893, vol. XVI, p. 1, 1894, vol. XVII, p. 339, 1896, vol. XIX, p. 153.

(2) Brissaud, La Métamérie spinale et la distribution périphérique du zona, *Bull. méd.*, 28 janvier 1896, p. 87.

zona, découvrent une lymphocytose marquée (1). L'exemple fut suivi, et d'autres examens cytologiques décelèrent nettement la présence de ces mêmes éléments figurés. Cette réaction méningée, au cours du zona, semblait alors plaider en faveur de son origine spinale, et M. Chauffard (2), à la Société médicale des hôpitaux, le 21 novembre 1902, disait : « J'avoue qu'il me paraît difficile d'admettre qu'elle puisse avoir une origine ganglio-radiculaire ». Et dans la séance suivante, apportant une réponse à l'objection de M. Lamy, MM. Widal et Le Sourd (3) alléguaient qu'une altération purement ganglionnaire ne pouvait donner la raison de l'irritation pie-mérienne.

Bien que la théorie médullaire se réclamât de la lymphocytose sous-arachnoïdienne et en tirât parti, bien qu'elle parût solidement établie par Brissaud, elle fut mise en échec par *Head* lui-même, qui, revenant sur ses conceptions premières, apporta des arguments décisifs en faveur de la théorie radiculaire.

En effet, en collaboration avec *Campbell* (4), il publia, en 1900, les résultats de 21 autopsies de zona, et démontra de la façon la plus évidente que la lésion génératrice de l'éruption zostérienne intéresse toujours le

(1) Brissaud et Sicard, *Soc. méd. des hôpitaux*, 15 mars 1901.

(2) Chauffard et Froin, Nature, évolution et durée de la réaction méningée dans le zona, *Soc. méd. des hôpitaux*, 21 novembre 1902.

(3) Widal et Le Sourd, Paralysie ascendante aiguë. Névrite radiculaire sans altération méningée. Absence de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. *Soc. méd. des hôpit.*, 28 nov. 1902.

(4) Head et Campbell, The pathology of herpès zoster and its bearing on sensory localisation, *Brain*, 1900, t. XXIII, p. 353.

gagnlion spinal. Il fournissait donc ainsi une preuve éclatante à la théorie radiculo-ganglionnaire que Bärensprung avait proposée déjà en 1863, et qui dès lors fut consolidée par toutes les observations anatomo-pathologiques.

Tour à tour, Gilbert Ballet (1), Armand Delille et Camus (2), Hedinger (3), plus récemment encore, Déjerine et André Thomas (4) (1907), dans leurs conclusions, confirmèrent l'extrême fréquence des lésions ganglionnaires dans le zona, ce qui justifie pleinement le classement de l'herpès zoster dans les syndromes radiculo-ganglionnaires.

Si des deux problèmes posés, le premier : *est-ce le nerf périphérique, la moelle ou le ganglion spinal qui conditionne le zona ?* semble définitivement avoir reçu une solution, le second, qui tend à découvrir *la genèse de cette affection*, est resté plus obscur.

Les hypothèses des anciens auteurs qui faisaient naître le zona d'un virus pétéchial dégénéré, d'une dégénération syphilitique, d'un principe brûlant, d'une constitution rhumatico-catarrhale, n'ont plus aujourd'hui d'autre intérêt que la curiosité.

Et c'est seulement en 1882-1883 qu'avec M. Lan-

(1) Gilbert Ballet, Lésions nerveuses dans un cas de zona cervical (fièvre zoster). *Soc. méd. des hôpit.* Séance du 8 juin 1900.

(2) Armand Delille et Camus, Zona et topographie radiculaire avec autopsie. *Soc. de neurologie*, 5 février 1903.

(3) Hedinger, *Deutsche zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1903, vol. XXIV.

(4) Déjerine et André Thomas, Les lésions radiculo-ganglionnaires du zona. *Revue neurologique*, Paris, 1907, p. 469-472.

douzy en France, Erb en Allemagne, commence l'histoire des théories étiologiques du zona.

S'appuyant sur trois ordres de faits, la fièvre qui dans nombre de cas prélude à l'éruption, la non-récidive indiquant un certain degré d'immunité, la présence de l'adénopathie satellite, ils émettent l'idée que le zona est une entité morbide distincte, revêtant un caractère infectieux, épidémique et contagieux.

Mais déjà cette théorie que *Landouzy* a le premier nettement formulée dans une leçon intitulée : Fièvre zoster et exanthèmes zostériformes (1), avait été soupçonnée avant lui et traduite, il est vrai, en termes fort vagues. C'est ainsi que Bateman semblait pressentir son origine infectieuse quand il disait : « Cette maladie suit une marche semblable à celle de la petite vérole et d'autres exanthèmes fébriles ».

Elle est entrevue également par Hardy, qui, quoique d'une opinion en quelque sorte mixte, c'est-à-dire, ne voyant dans le zona « qu'une affection accidentelle qui ne peut être rangée ni dans la classe des fièvres, ni dans celle des névralgies », avait remarqué la rareté de sa récidive : « S'il réapparaît, dit-il, c'est exceptionnellement, car je n'ai guère vu en tout que deux ou trois récidives ».

Trousseau, dans une de ses leçons cliniques, à l'Hôtel-Dieu, attire l'attention sur la contagiosité du zona : « Je ne suis pas sûr que le zona ne soit pas quelquefois contagieux, comme l'est l'érysipèle de la face ».

(1) Landouzy, Fièvre zoster et exanthèmes zostériformes. *Semaine médicale*, septembre 1883, n° 20, p. 245.

Moritz Kaposi fait songer à l'existence d'un agent pathogène : « Pour ces zosters qui, en général, sont fréquents à certaines périodes, presque épidémiques, on pourrait admettre qu'ils sont occasionnés par un contage miasmatique ».

Mais il n'y a rien de précis avant le travail du Professeur Landouzy qui met en valeur les symptômes généraux du zona et en fait l'expression extérieure d'une infection spécifique qu'il nomme fièvre zostérienne, par opposition avec les manifestations cutanées similaires relevant d'une lésion nerveuse centrale ou périphérique, d'où la distinction entre le zona essentiel, idiopathique, et les éruptions zostériformes purement symptomatiques : « Il y a, dit Landouzy, entre le zoster et les éruptions zostériformes, toute la différence qui distingue une maladie d'un symptôme ».

Cette théorie brillamment soutenue par son auteur inspire une série de thèses qui l'appuient d'observations nouvelles et l'acceptent sans restriction. Avec le travail de M. Letulle (1) qui établit le rôle de l'hérédité nerveuse dans la pathogénie de l'herpès zoster, et la possibilité d'un zona secondaire dans certains cas à une maladie infectieuse déterminée, elle voit son champ s'élargir.

Il était naturel, alors, qu'on attribuât le zona à l'action virulente d'un microbe spécifique, et qu'on s'attachât à le déceler dans des examens bactério-

(1) Letulle, Discussion sur l'étiologie du zona. *La France médicale*, 1889, p. 85.

logiques. Pfeiffer (1), puis Wasilewski trouvent un protozoaire dans les parties infectées de la peau, Gilbert Hay, des cocci dans les ganglions enflammés au voisinage de l'éruption. Follet et Sacquepée (2) isolent un leptothrix. Le liquide céphalo-rachidien est interrogé à son tour. Achard et Lœper (3) reconnaissent et décrivent un bacille, Dopter (4) un diplo-bacille, mais les résultats souvent se contredisent et restent peu concluants.

Si l'ignorance dans laquelle on est du germe pathogène n'infirme en rien l'opinion du zona, maladie infectieuse, par contre, les objections sont multiples contre chacun des arguments de M. Landouzy. Les caractères épidémique et contagieux se voient successivement contestés. L'immunité, le plus fort motif en faveur de la spécificité, est mis aussi gravement en doute. Les observations de zonas récidivants naissent de toutes parts : Matignon (5), Grindon (6), Perney (7), Beathy (8), Bewley (9), Dubreuilh (10), Cazères (11),

(1) Pfeiffer, Ueber Parasiten in Blascheinhalte von Varicellen und vom herpès zoster. *Monat. f. Derm. u. syp.*, Bd VI, 1887.

(2) Follet et Sacquepée, Zona métamérique. Infection par un leptothrix. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 13 juin 1902.

(3) Achard et Lœper, Deux cas de fièvre zoster avec examen microbiologique du liquide céphalo-rachidien. *Idem*, 15 mars 1901.

(4) Dopter, Sur un cas de zona thoracique à disposition métamérique. *Idem*, 19 juillet 1901.

(5) Matignon, *Soc. méd. des hôpit.*, 1894.

(6) Grindon, *Journ. of cut. and genito-urinary diseases*, mai-juin 1895.

(7) Perney, *British Journ. of Dermat.* 1897.

(8) Beathy, *Idem.*

(9) Bewley, *Idem.*

(10) Dubreuilh, *Archives cliniques de Bordeaux*, 1895.

(11) Cazères, Quelques recherches sur la fréquence de la récidive. *Thèse Bordeaux*, 1900, n° 101.

en recueillent un grand nombre. Il est vrai que ces cas de récidive sont le plus souvent des erreurs de diagnostic ; il ne s'agit pas de zonas vrais, mais d'éruptions zostéroïdes ou d'herpès névralgiques récidivants, d'après les partisans de la théorie infectieuse.

Quoi qu'il en soit, la dualité du zona demeure, et M. Gaucher (1) concluait à la Société médicale des hôpitaux à l'existence de deux variétés de zona, « l'un d'origine centrale, primitif et infectieux ou symptomatique d'une lésion médullaire, l'autre d'origine externe, phériphérique, dont le type serait le zona traumatique ».

Mais, actuellement, tandis que le cadre des zonas vrais de Landouzy semble se rétrécir, celui des zonas non infectieux, dont le point de départ peut être non pas seulement cutané, mais également profond, viscéral, s'enrichit de cas nouveaux.

C'est dans cette dernière catégorie que rentrent avec le zona traumatique, les cas de zona post-opératoire, les cas de MM. Pautrier et Simon, d'Achard et Laubry, qui survinrent consécutivement à des injections intravertébrales de cocaïne, ou à une simple ponction lombaire, les cas plus récents encore et fort instructifs que M. Bécus apporta à la Société médicale des hôpitaux le 7 février 1913, où l'origine nerveuse parut prépondérante.

De ces différents faits nous rapprochons certains zonas céphaliques qui reconnaissent une cause den-

(1) Gaucher et Bernard, Observations de zona traumatique par contusion ou lésion cutanée superficielle. *Soc. méd. des hôpitaux*. Paris, 22 février 1901

taire et, par conséquent, une origine purement périphérique.

Depuis longtemps déjà, on avait noté la coïncidence fréquente des lésions herpétiques avec des affections buccales ou dentaires, tous les traités et les manuels de dermatologie font allusion aux vésicules d'herpès bien connues des stomatologistes, apparaissant autour de la bouche à la suite d'opérations dentaires ou gingivales.

Mais, si l'herpès simple est banal dans ces conditions, la possibilité de véritables éruptions zostériennes, de zona vrai, est d'une connaissance plus récente.

En effet, Hybord (1) dans sa thèse (1872) cite bien un cas de zona de la joue et de la paupière consécutif à une avulsion dentaire, Gellé (2) et Blachez (3) un zona lingual où ils semblent incriminer l'influence traumatique d'un dentier, l'action prédisposante d'une stomatite aiguë pendant l'éruption ; Decrequy (4) et Besson (5) publient en 1902 deux cas de zona après pansement arsénical ; cependant le rôle des lésions locales dans le zona des nerfs maxillaires reste assez effacé jusqu'aux communications du *Dr Jacquet*, qui, poursui-

(1) Hybord, Du zona ophtalmique. *Thèse de Paris*, 1872.

(2) Gellé, Zona de la langue. *Tribune médicale*, 1876, n° 402, p. 219.

(3) Blachez, Zona de la langue. *Gaz. des hôpitaux*, 1880, n° 23.

(4) Decrequy, Névralgie de la branche maxillaire du trijumeau accompagnée d'éruption vésiculaire et consécutive à l'extraction de dents. *Revue de Stomatologie*, septembre 1902, p. 432.

(5) Besson, Névralgie de la branche maxillaire du trijumeau accompagnée d'éruption vésiculaire à la suite d'un pansement arsénieux. *Revue de Stomatologie*, novembre 1902, p. 525.

vant ses études sur les répercussions cutanées des irritations gingivo-dentaires, apporte le premier des faits précis de ce genre en publiant successivement deux observations de zona dentaire, à la Société des hôpitaux en 1904, au Congrès de Cherbourg en 1905 (1). Cette origine apparaît manifeste également dans un cas rapporté par le Dr Rousseau-Decelle au Congrès de stomatologie de 1907 (2). Tout dernièrement enfin, de Massary (3) relate une nouvelle observation où il accorde à l'élément dentaire une certaine valeur étiologique.

Les observations que *M. Rousseau-Decelle* a groupées viennent singulièrement à l'appui des opinions de M. Jacquet, et enrichissent la liste déjà féconde des exemples de troubles trophiques à distance d'origine dentaire.

(1) Jacquet, Zona dorsal droit avec hemihyperesthésie profonde droite consécutif à une poussée éruptive de la dent de sagesse inférieure droite. *Soc. méd. des hôpitaux*, mars 1904.

Jacquet et Cramer, Zona ophtalmique d'origine dentaire. *Congrès pour l'avancement des sciences*, Cherbourg, 1905.

(2) Rousseau-Decelle, Le zona d'origine dentaire. *Premier Congrès français de stomatologie*, Paris, 1907, p. 354.

(3) De Massary, *Soc. méd. des hôpitaux*, Paris, 7 février 1913.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Nous avons groupé les quelques observations de zona et d'herpès d'origine dentaire que nous avons recueillies dans la littérature médicale.

Le zona d'origine dentaire étant de connaissance très récente, les observations en sont peu fréquentes, et même deux ou trois d'entre elles étiquetées zona ne sont en réalité que la relation d'un cas d'herpès simple ou récidivant.

Quant à l'herpès, peut-être à cause de sa banalité, les observations où la relation de l'éruption et d'une irritation dentaire a été indiquée, en sont plus rares encore.

Nous en publions un cas qu'il nous a été donné d'observer au cours de nos études à l'Ecole de Stomatologie.

Observation I

Herpès consécutif à l'extraction d'une dent.

Le 4 mars 1913, se presente à la clinique de l'Ecole de stomatologie, la Sœur A.

Elle se plaint d'éprouver, depuis longtemps déjà, des douleurs sourdes au niveau d'une petite molaire en haut et à gauche. Il y a trois jours, les douleurs se sont accentuées, la mastication de ce côté est devenue impossible.

A l'examen, on constate d'abord que la joue gauche est légèrement enflée. En palpant avec la pulpe du doigt le vestibule, on perçoit, au-dessus de la deuxième prémolaire supérieure gauche, une tuméfaction, d'ailleurs peu marquée, mais on provoque surtout une douleur intense à l'apex de sa racine. La dent est presque entierement découronnée, elle est un peu mobile et douloureuse à la percussion.

C'est une dent infectée atteinte d'osteo-periostite chronique avec poussée aiguë actuelle.

L'état des autres dents est à peu près normal.

On note seulement quelques caries superficielles, et l'absence de plusieurs dents.

L'extraction de la *deuxième petite molaire supérieure gauche* est pratiquée après anesthésie à la novocaïne.

Le lendemain et le surlendemain de l'operation, le malade souffre légerement de l'alvéole, et éprouve au niveau de la commissure labiale quelques élancements avec sensation de brûlure.

Le 7 mars, elle revient à la consultation, et présente, sur la

moitié gauche de la lèvre supérieure, quelques vésicules arrondies du volume d'une tête d'épingle, et au niveau de la commissure labiale gauche une tache congestive sur laquelle s'élève un bouquet d'une dizaine de vésicules d'herpès.

La malade dit n'avoir jamais eu d'éruption semblable.

Huit jours après, les vésicules ont disparu, il ne reste sur la commissure qu'une macule rouge.

Cette éruption, à n'en pas douter, par son siège et son mode d'apparition, s'est développée à la suite de l'irritation causée par la lésion et l'opération dentaire.

Observation II

Eruption d'herpès après une intervention dentaire.

(Dr Darier)

Mlle S. R., âgée de 21 ans, vient consulter, le 30 mars 1906, parce que, depuis l'âge de 13 ans, elle a des boutons sur la figure. En ce moment, elle présente de nombreuses cicatrices d'acné, mais pas de pustule. Les pores du nez et des joues sont très larges, on compte une quinzaine de comédons. Les cheveux sont gras, mais pas de pellicules. Somme toute, « séborrhée de la face et acné ».

Cependant on ne trouve rien pour expliquer l'affection. Le tube digestif fonctionne normalement. Les époques sont régulières et pas douloureuses. L'appétit est bon. La malade est une forte mangeuse de viande. Les urines sont normales.

Un traitement est institué : régime alimentaire, lotion soufrée, arséniate de soude.

Le 23 janvier 1907. — Après un traitement régulier, la malade revient et on ne constate que peu d'amélioration. Il n'y a que quelques pustules.

Le 1er mars 1907. — Nombreuses pustules nouvelles. La bouche est examinée pour voir si une lésion dentaire n'entretient pas l'affection.

Le 22 mars 1907. — La malade va consulter un dentiste qui ne découvre qu'une carie superficielle d'une *petite molaire du bas à gauche,* et pratique immédiatement une aurification après application de la digue.

Trois jours après, la malade présente un gros bouquet d'herpès au niveau de la *commissure labiale gauche.*

Observation III

Névralgie de la branche maxillaire du trijumeau accompagnée d'éruption vésiculaire et consécutive à l'extraction de dents (Decrequy, *Revue de Stomatologie,* septembre 1902).

Cette observation remonte au mois d'août 1900. J'espérais en recueillir d'autres, mais le fait ne s'est pas reproduit dans ma clientèle. Ma patiente n'avait jamais souffert de névralgie trifaciale.

Afin de placer un appareil prothétique, je fis l'extraction de quatre incisives et de canines inférieures. Autour de la canine gauche, moins ébranlée que les autres dents, j'injectai de la cocaïne.

Pour les autres dents cariées et très ébranlées, je me contenta de pulvérisation au chlorure d'éthyle. Quatre jours après l'opéra-

tion, des douleurs apparurent d'abord dans la région du nerf dentaire, puis dans la langue et dans la région occipitale, mais seulement du côté droit, quoique les dents extraites appartinssent aux deux moitiés du maxillaire inférieur.

La douleur continue, très vive, avec des exaspérations de temps en temps, s'irradiait dans la moitié de l'os, la moitié droite de la langue, la tempe, l'oreille et la moitié du cuir chevelu du côté droit. La raison pour laquelle je publie cette observation qui peut paraître banale, c'est que des vésicules firent leur apparition absolument comme dans le zona. J'en remarquai sur la langue (nerf lingual, branche du nerf maxillaire), sur l'oreille et le cuir chevelu toujours et seulement du côté droit (nerf auriculo-temporal).

Un peu plus tard je fus étonné de voir la douleur dépasser la zone innervée par le maxillaire inférieur, gagner la nuque et empêcher les mouvements de la tête. On sait que le premier nerf cervical envoie dans le pavillon de l'oreille des rameaux très voisins de ceux de l'auriculo-temporal. Ces rameaux, de provenance différente, s'anastomosent-ils ensemble par des filets non encore signalés par les anatomistes ? Je l'ignore. Je ne doute pas que la névralgie et les vésicules n'aient eu pour cause les extractions. L'affection dura un mois.

Observation IV

Névralgie de la branche maxillaire du trijumeau accompagnée d'éruption vésiculaire à la suite d'un pansement arsénieux (Besson, *Revue de Stomatologie.* Novembre 1902).

L'observation de M. Decréquy nous remet en mémoire un fait du même genre que nous avons observé dans notre cabinet.

Il s'agit d'une dame de 35 ans environ qui vint nous consulter, il y a quelques mois, au sujet de vagues douleurs irradiées dans un côté de la face. La patiente jouit d'une assez bonne santé et ne présente aucun trouble d'ordre général. Néanmoins elle est de souche arthritique avérée ; sa bouche parfaitement entretenue, mais tapissée de gencives tuméfiées et congestionnées, en est la preuve.

Après un mûr examen de la bouche nous fixons notre attention sur une *incisive centrale supérieure droite*, de surface rugueuse et tendant au déchaussement ; nous la trouvons sensible au froid.

Nous décidons de détruire la pulpe et de traiter en même temps la gencive affectée. Nous forons la dent et plaçons deux ou trois pansements phéniqués, qui, mettant un terme à la douleur hémifaciale, nous confirment dans notre diagnostic.

Nous terminons par l'application d'un pansement arsénieux, en prévenant la malade de la douleur qu'elle aura probablement à endurer pendant quelques heures.

Le lendemain nous voyons arriver notre patiente très inquiète, se plaignant d'avoir beaucoup souffert de tout son côté de la face et indiquant sur la joue ce qu'elle croit être une fluxion.

Nous découvrons, en effet, sur la peau de la *joue droite*, aux environs de l'émergence du filet sous-orbitaire, une tache rouge-vineux du diamètre d'une pièce d'un franc ; la région est molle au toucher et très sensible. Pas de trajet douloureux entre la racine de l'incisive et la tache décrite.

La dent est très douloureuse à la percussion.

Nous enlevons immédiatement notre pansement arsénieux et découvrons une pulpe à moitié mortifiée, mais encore très douloureuse. Pas d'infection apparente. Nous lavons ensuite la cavité et la laissons ouverte.

La malade souffre moins et se présente le lendemain.

La tache a diminué, mais la vésicule sous-jacente s'est ouverte et laisse échapper un peu de sérosité limpide.

Les jours suivants tout s'atténue de plus en plus et la pulpe est complètement cautérisée à l'aide de mèches phéniquées.

Actuellement tout est rentré dans l'ordre. Seul un léger point cicatriciel indique encore sur la peau l'emplacement de la vésicule.

Nous croyons donc être autorisé à rattacher au zona cette éruption vésiculaire sur le trajet d'un nerf violemment irrité. L'idée d'une périostite suppurée qui se présentait au premier abord devait être rapidement écartée. Le périoste, en effet, n'était nullement sensible ni tuméfié sur le trajet séparant la dent du point d'éruption vésiculaire. Il s'écoulait de la vésicule une véritable sérosité et non du pus. Enfin il suffisait d'avoir vu une vésicule de zona pour en découvrir sur notre patiente l'aspect et les caractères.

L'acide arsénieux, en la circonstance, a joué le rôle d'une infection, il a déterminé l'irritation nerveuse et sa manifestation. C'est là une sorte de zona expérimental.

Observation V

Un cas de zona récidivant consécutif à un traitement dentaire du 4e degré (R. Manteau, *Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France*. Mars 1908).

Nous avons observé un cas de zona chez Mme de L., qui vint nous consulter pour se faire traiter une *troisième grosse molaire supérieure droite* atteinte d'une carie pénétrante.

La malade avait été précédemment la cliente d'un confrère qu'elle avait quitté, parce que, à la suite de ses soins, lui était survenue une éruption sur la face. Nous traitâmes sa dent en employant du formyl-geranium. Les canaux furent obturés avec un ciment iodoformé recouvert de gutta.

Le surlendemain, notre cliente vint nous montrer, sur le *côté droit de la face*, une éruption herpétique. La paupière présentait une légère tuméfaction. La pression au nerf sous-orbitaire était douloureuse.

La localisation très nette et très caractéristique de l'affection à la moitié de la face, les saillies de l'éruption, les vésicules nous firent penser à un zona produit par l'irritation causée sur le nerf maxillaire supérieur par un médicament très irritant, en l'espèce, le formol.

La malade se borna à appliquer de l'oxyde de zinc sur les vésicules, et l'éruption disparut au bout d'une dizaine de jours.

Dernièrement nous revîmes la cliente qui venait se faire traiter la première grosse molaire inférieure droite atteinte également d'une carie au 4e degré. Cette fois, nous n'employâmes que de l'eau

oxygénée, puis, les canaux semblant parfaitement aseptiques furent obturés avec un ciment iodoformé recouvert de gutta.

Le lendemain, notre patiente accusa les mêmes sensations de démangeaisons et de brûlures que précédemment, et nous constatâmes la présence de vésicules suintantes, localisées à la partie inférieure de la face, et principalement au niveau de l'émergence du nerf mentonnier.

Ce zona était-il dû à la dent elle-même, ou à l'emploi d'un médicament irritant ? Nous n'osons conclure.

Cette observation nous semble particulièrement démonstrative. C'est un cas d'herpès récidivant, et non de zona, survenu consécutivement à des pansements formolés ou iodoformés.

Observation VI

(Besson, Deuxième congrès français de Stomatologie. Paris, 1911).

Il s'agit d'un zona de la région du trijumeau que j'ai eu l'occasion de soigner il y a trois ans environ et dont la cause avait échappé à plusieurs de mes confrères.

Notre malade était une femme de cinquante ans environ qui, depuis trois ou quatre ans, avait eu des poussées de zona dans les régions périophtalmique, auriculaire et temporale à des intervalles irréguliers et sans cause apparente. Ce zona se présentait sous la forme classique : vésicules, prurit et douleurs vives pendant plusieurs jours.

Au point de vue antécédents personnels, elle n'accusait qu'un peu de rhumatisme, avec douleurs et gonflements articulaires. Rien d'autre dans son passé pathologique.

Elle me fut envoyée par un confrère médecin militaire qui, en désespoir de cause, avait pensé à une origine buccale de ce zona.

A l'examen de la bouche, je constatai de la gingivite accusée surtout du côté du zona et de la pyorrhée alvéolaire à forme séreuse plutôt que purulente. Pas de mobilité des dents. Pas de lésions dentaires.

Comme on avait épuisé toutes les médications et qu'on me demandait d'agir, je proposai à la malade l'extraction des deux molaires particulièrement atteintes de pyorrhée du côté du zona, et des soins consécutifs de cette pyorrhée.

Cette proposition fut acceptée. J'enlevai deux grosses molaires supérieures en pleine période de zona et traitai les accidents pyorrhéiques les jours suivants. Il y eut un soulagement marqué, une disparition plus rapide que de coutume du zona qui ne réapparut faiblement qu'au bout de 8 à 10 mois. Ma malade revint, je ne lui conseillai pas d'extractions nouvelles, mais je fis quelques séances de traitement de sa pyorrhée. Elle eut à nouveau une rémission très longue.

J'ai pu me convaincre dans ce cas particulier de la relation de cause à effet entre la pyorrhée de cette malade et son zona de la région du trijumeau. Le traitement a été ici la pierre de touche.

Dans ce cas, il ne s'agit vraisemblablement pas d'un zona vrai, mais d'un herpès récidivant entretenu par des irritations dentaires déjà anciennes.

Observation VII

Zona dorsal droit avec hémihypéresthésie profonde droite consécutif à une poussée éruptive de la dent de sagesse inférieure droite (Dr Jacquet, *Société médicale des Hôpitaux*, mars 1904).

Le Dr Pascalis a observé sur lui-même un zona thoracique droit dont il est atteint depuis quelques jours et qui, à l'exception d'un petit groupe aberrant gauche, ne présente rien de particulier au point de vue objectif.

Mais ce zona a comme substratum une hyperesthésie profonde du même côté, en toute son étendue, et il s'est manifesté dans les conditions suivantes : il y a huit jours le docteur Pascalis a ressenti la nuit une assez vive douleur à l'angle de la mâchoire droite ; dès lors la mastication est devenue douloureuse et impossible de ce côté et le patient put y sentir au-dessus de *la troisième molaire inférieure droite* un mamelon muqueux tuméfié sensible. Quatre jours plus tard, un dentiste lui pratiquait l'excision et la cautérisation de ce mamelon : la nuit même il sentait un peu de cuisson *à la région sous-mammaire droite* et constatait l'apparition d'un groupe zostérien ; le surlendemain, nouveaux groupes à la région dorsale et névralgie intercostale intense.

Observation VIII

Zona ophtalmique d'origine dentaire (Jacquet et Cramer, *Congrès pour l'avancement des sciences*. Cherbourg, 1905).

Il s'agit d'un homme de 38 ans, alcoolique, entré à l'hôpital Saint-Antoine en pleine éruption zostérienne, occupant toute la partie gauche du front et du vertex, presque jusqu'à la rencontre de la région occipitale avec gonflement de la paupière, photophobie et kérato-conjonctivite.

Sur le diagnostic, aucune hésitation n'était possible ; il s'agissait bien là d'un herpès zoster complet et typique, et d'autant plus facile à observer que notre malade était chauve.

Or, *l'éruption avait été précédée par une longue période, près de 6 mois de névralgies dentaires prédominantes à gauche*, qui, depuis deux mois environ, s'étaient violemment renforcées de ce côté, et s'étaient compliquées de céphalée sourde, presque permanente, avec paroxysmes intolérables.

La joue gauche était œdématiée, et cet œdème se prolongeait jusqu'à la région carotidienne ; sous ces téguments tuméfiés, on sentait des glandes sous-maxillaires tuméfiées également et sensibles.

La pression des points d'émergence nerveuse à la face était douloureuse, mais *surtout à gauche*.

Cela étant, un examen soigneux de la bouche, toujours négligé d'ailleurs dans ces cas, s'imposait rigoureusement.

Voici ce que nous trouvâmes : un peu de rougeur du pharynx, surtout à gauche ; une luette légèrement tuméfiée, et une dentition

dans un état pitoyable, à droite quelques racines dont une seule, la racine postérieure de la deuxième molaire inférieure atteinte de périodondite aiguë ; *à gauche*, au contraire, nous ne comptons pas moins *de sept dents cariées dont six à l'état de racines toutes en activité pathologique* ; le vestibule de ce même côté se montrait vivement injecté, rouge, violacé, et très sensible.

Dans ces conditions, nous avons commencé la mise en état de l'appareil dentaire, et nous avons pu constater, après de multiples interventions, une amélioration progressive non seulement dans les phénomènes cutanés, ce qui, à vrai dire, n'a pas grande importance, mais aussi, ce qui est beaucoup plus significatif dans les phénomènes oculaires et névralgiques. Au total, la photophobie, le larmoiement, l'injection irienne et *les crises névralgiques disparurent seulement, mais très rapidement après l'élimination de deux séquestres*, élimination qui amena la disparition immédiate de la rougeur et de la sensibilité vestibulaires jusque-là très accusées.

Observation IX

Zona ophtalmique gauche (Dr Rousseau-Decelle) (1). Convergence d'irritations dentaires et oculaires.

Le nommé X., âgé de 73 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Antoine, en juillet 1907.

Antécédents personnels : Conjonctivites fréquentes traitées avec un collyre au sulfate de zinc.

Herpès labial fréquent. Il y a 3 ou 4 ans, à la suite de fièvre, éruption violente d'herpès autour de l'oreille droite. Le malade présente des symptômes très marqués de nervosisme.

(1) Résumée dans : Le zona d'origine dentaire, 1er *Congrès français de stomatologie*. Paris, 1907, p. 354.

Il souffre assez souvent des quelques dents qui lui restent, *surtout du côté gauche*; ces douleurs ont peut-être été plus violentes depuis un mois; mais le malade n'y a pas attaché d'importance.

Histoire de la maladie. — Le malade ne donne que des renseignements vagues. Depuis un mois, le malade se plaint d'une *hémicrânie gauche* plus ou moins intense suivant les jours, mais augmentant graduellement d'intensité.

Il y a environ trois semaines, douleurs brusques dans l'œil gauche (région palpébrale supérieure), que le malade compare à des pincements, à des claquements. Il met un collyre au sulfate de zinc. — Depuis trois semaines également, douleurs un peu plus lancinantes autour d'une racine de la 2e prémolaire gauche.

Il y a 15 jours environ, le malade s'aperçoit d'une rougeur dans la région pariétale supérieure gauche. Les jours suivants cette rougeur descend vers l'œil et la région malaire. — Depuis 4 ou 5 jours, il présente des troubles oculaires plus intenses et de la photophobie.

Etat actuel. — *Zona ophtalmique gauche*, s'arrêtant juste sur la ligne médiane (la moitié du front et la moitié du nez sont prises). Eruption confluente dans la région orbitaire et frontale supérieure, en placards dans la région frontale moyenne.

Les trois branches du nerf ophtalmique sont intéressées; cependant, le rameau nasal semble plus atteint. Il y a, en effet, un bouquet très important de vésicules à l'angle interne de l'œil, et plusieurs vésicules sur la paroi externe du nez.

Le filet ethmoïdal du rameau nasal semble intéressé aussi (Il n'y a pas de coryza gauche, mais en revanche l'aile gauche du nez bat plus violemment que la droite dans les mouvements respiratoires). Le rameau frontal présente, lui aussi, de nombreux bouquets de vésicules (dont quelques-unes hémorrhagiques) sur tout son territoire et même très loin en arrière, jusque vers le milieu de la région pariétale.

La participation du rameau lacrymal se manifeste par un groupe

vésiculaire dans la région externe de l'orbite et par de l'épiphora.

Il faut noter, en outre, quelques rares *vésicules aberrantes* dans la région fronto-pariétale droite.

Troubles oculaires. — Conjonctivite intense surtout dans la partie interne.

Trois vésicules cornéennes dont une surtout volumineuse.

Epiphora.

Photophobie.

Œdème palpébral considérable.

Troubles sensitifs. — Le nerf sus-orbitaire est extrêmement douloureux *du côté gauche*, et très peu à droite.

Le nerf sous-orbitaire est un peu plus sensible à gauche qu'à droite, mais infiniment moins douloureux que le sus-orbitaire.

Les nerfs mentonnier et auriculaire sont plus douloureux à gauche qu'à droite.

Sur le territoire du zona, on trouve des plaques d'anesthésie, d'hypéresthésie, de dysesthésie inégalement réparties, mais la sensibilité est plutôt diminuée dans la partie interne du zona. - Hypéresthésie musculaire très nette à gauche du trapèze et du sterno-cléidomastoïdien.

Les troubles sensitifs subjectifs consistent en douleurs violentes dans tout le côté gauche de la face et du crâne (surtout du crâne).

On constate une adénopathie modérée : deux petits ganglions dans la partie postérieure de la région sous-maxillaire gauche, peu douloureux. — Quelques ganglions dans la gaîne du sterno-cléido mastoïdien gauche, en arrière du muscle.

Lymphite douloureuse au niveau des vaisseaux faciaux gauches.

Troubles généraux. — Fièvre : 38° 4, accompagnée de malaise général, de prostration assez marquée.

Etat de la bouche. — Le voile du palais et l'arrière-gorge ne sont pas plus rouges ni plus sensibles à gauche qu'à droite.

La sécrétion salivaire est égale des deux côtés.

Tout le rebord *alvéolaire supérieur gauche* (qui ne présente plus trace des molaires) *est notablement plus douloureux à gauche qu'à droite.*

Dents. — Dans la moitié *gauche* de la mâchoire *supérieure*, il reste :

La canine à l'état de racine ;

La première petite molaire avec carie du 4e degré ;

La seconde petite molaire à l'état de racine ;

L'incisive latérale dans le même état que la précédente.

Toutes ces racines sont douloureuses ; au-dessus des deux petites molaires et de la canine, la muqueuse est enflammée et recouvre une légère voussure peu sensible à la pression.

En *bas* et à *gauche*, la première petite molaire est à l'état de racine.

A droite on trouve quelques racines en haut et en bas non douloureuses.

Le 24 juillet on extrait l'incisive latérale, la canine et les deux petites molaires supérieures gauches, ce qui permet de constater la présence *d'un abcès sous-périostique au-dessus de la première petite molaire et de la canine*, avec petit séquestre maxillaire du volume d'une lentille. Cet abcès se vide bien par les alvéoles, donnant issue à un pus crémeux, vert et bien lié, d'une quantité à peu près égale à la contenance d'un dé à coudre.

Le 23 juillet, on trouve :

Température buccale	à gauche	= 36°,7
	à droite	= 36°,6
Température malaire	à gauche	= 30°,6
	à droite	= 30°,2
Température frontale	à gauche	= 31°,1
	à droite	= 30°,2

Le 24 juillet, nouvelle apparition de vésicules dans le territoire du rameau frontal. — Un œdème palpébral droit est apparu

depuis la veille. — Photophobie et épiphora toujours intenses.

Température buccale { à gauche = 36°,8 / à droite = 36°,6
Température frontale { à gauche = 30°,8 / à droite = 30°,5

Le 25 juillet on note :

Température buccale { à gauche = 36°,9 / à droite = 36°,5
Température frontale { à gauche = 30°,8 / à droite = 31°,5
Température malaire : des deux côtés = 31°

La rougeur s'est atténuée dans le territoire du zona ; en revanche, toute la région fronto-pariétale droite est devenue le siège d'une rougeur assez marquée. Une vésicule aberrante au-dessus du sein gauche est apparue. — La sensation de brûlure est toujours très violente dans tout le côté gauche. La fièvre atteint 37° 5.

L'analyse des urines est négative.

Le 25 juillet :

La température frontale est de 29°,6 des deux côtés :
La température buccale { à gauche = 36°,8 / à droite = 36°,4
La température centrale est 37°,2

Il y a une grande amélioration. *Le malade a bien dormi, ce qui n'avait pas eu lieu depuis huit nuits.* La respiration par la narine gauche est moins gênée. Les névralgies du côté gauche sont beaucoup moins intenses ; de temps à autre, il y a quelques sensations de brûlure. La sensibilité si vive du rebord alvéolaire gauche est très diminuée. Les placards d'anesthésie semblent aujourd'hui limités surtout au territoire du nasal.

L'hyperesthésie est toujours très vive dans le domaine du frontal. Le groupe des vésicules frontales gauches est à peu près disparu. L'œdème palpébral est très diminué des deux côtés. La photophobie a presque disparu, l'épiphora est diminué et la conjonctive est moins injectée. Il n'y a pas de nouvelles vésicules aberrantes, thoraciques ou abdominales.

Le 27 juillet, l'état est stationnaire ; les vésicules continuent leur évolution ; la plupart d'entre elles sont affaissées. Il n'y en a pas de nouvelles. Les vésicules frontales gauches sont presque complètement disparues ; elles ont pour ainsi dire avorté. Les douleurs névralgiques ont légèrement repris. Le malade a un peu moins bien dormi. La photophobie n'a pas reparu, l'épiphora diminue de plus en plus ; la conjonctivite également.

La température centrale est de = 37°,2
La température frontale { à gauche = 30°,6 ; à droite = 29°,8
La température buccale { à gauche = 36°,9 ; à droite = 36°,6

Le 28 juillet, les douleurs névralgiques ne sont pas plus violentes, les troubles oculaires sont toujours assez intenses, bien que l'épiphora et la photophobie aient presque disparu ; mais il subsiste toujours un brouillard intense.

Le 31 juillet, même état. Le malade dort bien ; la température est normale ; les plaies dentaires sont presque cicatrisées, sauf l'alvéole de la seconde petite molaire où il existe toujours un léger suintement. Le rebord alvéolaire n'est plus du tout douloureux en arrière.

1er août. — Le malade se plaint à peine de la sensation douloureuse crânienne qu'il compare à une plaie ; mais il s'effraie, car sa vue est toujours trouble à gauche.

3 août. — La sensation de plaie est beaucoup moins vive ; il per-

siste seulement pour le malade une sensation d'extrême engourdissement de la peau du côté touché.

La pression sur le territoire du zona, si douloureuse les premiers jours, n'est presque plus sensible. Toutes les plaies dentaires sont cicatrisées ; on lui extrait une racine de petite molaire inférieure gauche qui, du reste, n'était pas douloureuse.

10 août. — Amélioration progressive de tous les signes oculaires et sensitifs.

17 août. — Le malade sort de l'hôpital en très bon état. La vue est normale. La sensation de plaie a complètement disparu.

Observation X

Zona du nerf maxillaire supérieur droit
(Dr Rousseau-Decelle)

Le nommé M., 18 ans, employé de bureau, vient consulter a l'Hôpital Saint-Antoine le 12 octobre 1907. Il dit présenter depuis l'enfance des prédispositions marquées aux éruptions vésiculeuses. Depuis deux ans il a eu des poussées de croissance avec accès de fièvre fugaces (de 12 à 48 heures).

Depuis trois mois, il a de fréquentes épistaxis.

A la suite d'un surmenage physique et d'un coup de froid, il y a un mois, il a présenté durant deux jours un accès de fièvre suivi d'une éruption d'herpès limitée à la moitié droite et à la commissure droite de la lèvre inférieure. L'éruption dure trois semaines et des plaques rouges subsistent aujourd'hui encore, vestiges des anciennes vésicules.

Histoire de la maladie.

Le 9 octobre le malade éprouve à son réveil une violente céphalée; malgré cela, il se rend à son travail. A 10 heures du matin il est pris de frissons, de douleurs généralisées et rentre chez lui vers midi, sudation abondante et le soir même, terminaison de l'accès.

Le 10, il reprend ses occupations et travaille toute la matinée, malgré une sensation réelle de fatigue. Le soir il éprouve une violente démangeaison au niveau de la joue droite. Le 11, une plaque rouge se montre *sur la pommette droite* parsemée de petits boutons. L'après-midi, la transformation de ces boutons en vésicules était à peu près complète. En même temps la mastication devenait difficile et douloureuse.

Actuellement, on constate la présence d'une plaque érythémateuse au niveau de l'émergence du nerf sous-orbitaire, occupant toute la pommette droite et gagnant l'angle interne de l'œil. Sur cette plaque importante éruption vésiculeuse à éléments disposés en bouquets.

L'éruption n'est pas limitée au nerf sous-orbitaire. Le côté droit de la langue, toute la moitié droite de la voûte palatine, la face interne de la joue sont semées de vésicules ; il en existe deux sur le côté gauche de la langue, une assez volumineuse est située à la voûte palatine, sur la ligne médiane, entre les deux incisives centrales. La moitié droite de la lèvre supérieure est également le siège de plusieurs vésicules. Quelques vésicules siègent sur le pilier droit du voile et sur l'amygdale.

Il existe également un bouquet de vésicules sur la cloison nasale avec même prédominance dans la narine gauche. On trouve quelques papules aussi au niveau de la branche occipitale droite du plexus cervical. Enfin on constate un semis de granulations avortées au niveau de l'émergence du nerf sous-orbitaire.

Troubles sensitifs. — Le nerf sous-orbitaire est très douloureux du côté droit.

Les nerfs sus-orbitaires sont un peu plus douloureux à droite qu'à gauche.

Les points mentonnier et auriculaire sont beaucoup plus douloureux à droite qu'à gauche. Donc sensibilité exaltée dans tout le côté droit du visage.

Sur le territoire du zona il y a *anesthésie* presque complète. En revanche, il y a une *hyperesthésie* très marquée dans toute la moitié droite de la lèvre supérieure semée de vésicules, tandis que la sensibilité est plutôt diminuée dans la moitié gauche saine. Il en est de même pour la narine gauche ; on constate une hyperesthésie marquée dans la zone des vésicules ; la narine droite semble au contraire avoir une sensibilité normale.

Adénopathie très peu marquée ; un petit ganglion sous-maxillaire sensible à droite.

Troubles fonctionnels. — Dysphagie. Mastication douloureuse, presque impossible. — Sensation d'engourdissement au niveau de la plaque.

Etat de la bouche et des dents.

La seconde petite molaire et la première grosse molaire droites supérieures sont à l'état de racines, atteintes de périostite chronique, ayant déjà eu des poussées aiguës fréquentes ; actuellement elles ne sont pas en activité pathologique.

Température buccale	à droite	= 36°,1
	à gauche	= 35°
Température malaire	à droite	= 30° (en plein zona)
	à gauche	= 28°,2
Température axillaire		= 38°,2

Le 14 octobre. — La dysphagie est très atténuée. La mastication est encore un peu douloureuse ; les vésicules linguales et palatines sont affaissées. Il persiste un point très douloureux au niveau d'une vésicule située au palais entre les deux incisives médianes.

L'hyperesthésie est moins intense aux points d'émergence des nerfs. Objectivement, la sensibilité est encore très diminuée dans toute la zone érythémateuse ; toujours sensation d'engourdissement douloureux au niveau de toute la plaque malaire du zona, mais surtout au pourtour de la plaque.

Température buccale	à droite	= 36°,4
	a gauche	= 35°,8
Température malaire	à droite	= 28°
	à gauche	= 26°,9
Température axillaire		= 37°,6

Le 17 octobre. — Le malade revient et l'on trouve les températures suivantes :

Température malaire	à droite	= 23°,9
	à gauche	= 24°,2

Le malade ne souffre plus, il quitte l'hôpital sans vouloir faire soigner ses dents.

Le 7 janvier 1908, le malade est *revu pour persistance des douleurs qui ont reparu depuis un mois* environ dans la moitié droite de la face, avec maximum au niveau de la pommette où existe une sensation d'arrachement intermittent et de brûlure. On constate l'hyperesthésie toujours vive des points d'émergence du trijumeau, surtout du sous-orbitaire. Les racines des prémolaires ne sont cependant pas en activité pathologique. On trouve un peu de rougeur vestibulaire et une légère sensibilité, mais peu de douleurs à la percussion. Comme ces racines ne sont pas douloureuses, le malade refuse à nouveau l'extraction.

Il n'a pas été revu depuis cette date.

Observation XI

Poussées d'herpès successives après extractions dentaires répétées, puis zona palatin (Dr Rousseau-Decelle) (1)

Mme B., 38 ans, vient consulter à l'Hôpital Saint-Antoine le 5 février 1911.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été très bien portante. Elle a eu seulement un ver solitaire en 1910. Depuis elle n'a jamais rendu d'anneaux, mais a maigri notablement depuis un an (15 livres).

Malgré toutes les apparences de la santé, elle se sent parfois fiévreuse. Elle présente fréquemment au moment de ses règles des bouquets d'herpès labial, et cela depuis qu'elle est réglée.

Si l'on examine la cavité buccale, on constate la présence de caries multiples au maxillaire supérieur, surtout à droite, où les dents sont découronnées en partie ou en totalité.

Le 20 janvier, on pratique l'extraction de la dent de six ans supérieure droite, et dès le lendemain on constate l'apparition d'herpès sur la lèvre supérieure et à la commissure droite.

Le 3 février, extraction de l'incisive latérale supérieure droite. Le surlendemain, apparition de plusieurs bouquets d'herpès bilatéral autour des lèvres, principalement à droite.

Le 10 février — Extraction des première et seconde prémolaires supérieures droites.

Le 14 février. — Rien ne s'est produit à la suite de ces extractions. On pratique l'extraction de la seconde grosse molaire supérieure droite.

(1) Résumée dans : Les troubles réflexes et fonctionnels en rapport avec les dents, *Congrès de Londres*, 1913.

Le 17 février. — Extraction de la seconde petite molaire supérieure gauche.

Le 21 février. — La malade revient, et raconte que deux jours après la dernière extraction, elle a eu des bouquets d'herpès autour des lèvres des deux côtés.

Le 3 mars. — Elle présente encore quelques vestiges des bouquets d'herpès ancien. Pas de nouvelle vésicule, bien qu'elle ait eu ses règles du 26 février au 1er mars.

Le 7 mars. — Extraction de l'incisive latérale supérieure *gauche* sur la demande expresse de la malade, quoique cette dent ne soit pas atteinte de carie pénétrante, mais la malade préfère ne pas conserver cette dent au milieu de dents artificielles.

Le 11 mars. — On revoit la malade qui présente un *zona palatin du côté gauche.*

Voici les renseignements fournis par la malade à ce sujet :

L'extraction faite le 7 fut indolore, mais la zone du nerf maxillaire supérieur gauche fut très douloureuse dans la journée du 7 et toute la nuit du 7 au 8, occasionnant une insomnie complète. *Le 8*, la douleur était plus vive encore : elle occupait toute la moitié *gauche* de la face, de la tête et de la nuque. Les extractions précédentes n'avaient pas provoqué de semblables phénomènes ; toutefois, il faut remarquer que la malade prenait des sachets de pyramidon, ce qu'elle ne fit pas la dernière fois. — La *nuit du 8 au 9* fut plus calme, les douleurs ayant un peu diminué. *Le 9*, sans aucun traitement, les douleurs sont moindres. La malade peut même mettre son appareil pendant quelques heures. Le port en devient douloureux vers la fin de la journée et la malade le retire.

Dans *la nuit du 9 au 10*, douleurs vives dans les régions déjà indiquées, et de plus au voile du palais sensation de cuisson, et *douleur à la première grosse molaire supérieure gauche.*

Le 10 on met un pansement arsénical dans cette dernière dent, et dans la nuit suivante la sensation de cuisson, de brûlure au palais

augmente, en même temps sensation de gonflement dans la *moitié gauche* du pharynx

Le 11, on constate une hyperhémie intense de toute la *moitié gauche du voile*, s'arrêtant exactement sur la ligne médiane. Sur cette rougeur tranchent de petites vésicules, grosses comme des grains de millet, plus ou moins confluentes et occupant toute la portion osseuse de la voûte.

On trouve quelques éléments disséminés sur le voile, et un bouquet de ces mêmes éléments au pôle supérieur de l'amygdale gauche, qui est œdématiée. La voûte et le voile sont, du reste, également œdématiés à gauche; enfin, il y a de la dysphagie gauche.

Le 12 mars, les douleurs palatines, dentaires et irradiées sont moins vives. La dysphagie gauche est toujours intense. Les constatations physiques sont les mêmes, mais plusieurs vésicules sont devenues coalescentes et forment une assez vaste ulcération palatine superficielle, jaunâtre, à fond pointillé et très douloureuse à la pression.

La température buccale est de 37,8 à gauche, et 37,2 à droite.

Le nerf maxillaire supérieur gauche est très douloureux à la pression à son point d'émergence.

Le nerf ophtalmique gauche l'est également. Enfin, le nerf maxillaire inférieur gauche est à peine sensible.

Il n'y a pas d'adénopathie, mais la région sous-angulo-maxillaire gauche est très sensible à la pression, beaucoup plus que la droite qui est indolore, même à la pression profonde. La percussion de la première molaire supérieure gauche n'est aucunement douloureuse.

Le 14 mars. — Grande amélioration de l'état local et des douleurs. Sensation d'engourdissement désagréable du palais seulement.

Le 17 mars. — Amélioration progressive. L'ulcération palatine est presque complètement cicatrisée.

Observation XII

(Dr de Massary, *Société médicale des hôpitaux*. Paris, 7 février 1913).

Je tiens à rapporter le cas suivant :

Une femme de 63 ans, arthritique, glycosurique, intermittente, artério-scléreuse, ayant une pression artérielle élevée, variant de 19 à 21 au Potain, donnant au Pachon une tension maxima de 23, et une tension minima de 12, avait depuis trois semaines une *ostéo-arthrite de la dernière grosse molaire gauche.*

Le 13 janvier, cette molaire fut enlevée, sans grande douleur d'ailleurs.

Le 15 janvier, la malade eut une sensation de corps étranger dans l'œil gauche. Un oculiste consulté ne constata rien d'anormal, mais le lendemain, 16 janvier, je pus voir débuter une éruption d'herpès zoster sur tout le territoire de la branche ophtalmique de Willis, et de plus sur le territoire du nerf maxillaire supérieur, c'est-à-dire dans les régions sus-orbitaire et sous orbitaire et sur l'hémi-voûte et l'hémi-voile du palais *du côté gauche.*

Ce zona ophtalmique compliqué de zona du maxillaire supérieur évolua normalement.

Voici donc un cas où une lésion dentaire située dans le domaine du ganglion de Gasser détermina l'apparition d'un zona sur le territoire cutané innervé par le nerf maxillaire supérieur et par le nerf ophtalmique de Willis, branches de ce ganglion de Gasser.

CHAPITRE III

LES SYMPTÔMES PARTICULIERS AU ZONA D'ORIGINE DENTAIRE

Nous ne voulons pas retracer une étude complète du zona en général, mais mettre en relief les symptômes particuliers qu'entraîne dans l'aspect clinique du zona du trijumeau son origine dentaire.

Le zona de la face, comme, d'ailleurs, l'immense majorité des zonas, ne survient pas brutalement en pleine santé, il est au contraire annoncé à longue échéance par des prodromes. Les uns de symptomatologie banale sont des phénomènes généraux, les autres sont des accidents locaux très accusés et sur lesquels le malade attire particulièrement l'attention du clinicien.

1. — Prodromes : névralgies dentaires.

Lorsque le malade vient consulter, il éprouve, en effet, quelques troubles généraux, une sensation de malaise, des frissonnements, un état saburral léger, inappétence, nausées, parfois vomissements ; souvent

tout se borne à une élévation de température minime, mais sur cet ensemble de symptômes sans signification précise, tranche un phénomène d'une valeur capitale, c'est la douleur névralgique. Et, tandis que les autres prodromes sont fréquemment réduits au minimum, ne précédant l'éruption que de 24 ou 48 heures, *les névralgies sont constantes et se manifestent longtemps avant le début vrai du zona.*

Le malade raconte que depuis plusieurs semaines, plusieurs mois, 6 mois même, dans une observation du Dr Jacquet, il souffre de névralgies dentaires.

Parfois, il n'a éprouvé pendant cette période qu'une douleur strictement limitée à une ou plusieurs dents et qui s'exaspérait par le contact des aliments froids, chauds, sucrés, par la chaleur de l'oreiller, il ne s'agit là que d'une névralgie dentino-pulpaire ou odontalgie banale ; plus souvent, c'était une douleur continue, sensation de pesanteur, de contusion assez diffuse, qui avait envahi la moitié de la face, les régions sus, sous-orbitaires et maxillaire inférieure, siégeant plus particulièrement à l'œil, au front, à la tempe lorsque les lésions sont aux dents supérieures, se localisant surtout au maxillaire inférieur et dans la région de l'oreille quand les dents de la mâchoire inférieure sont malades. Par moments, sur cette douleur sourde, se greffent de grands élancements que la plus faible irritation fait naître, et qui atteignent en haut le cuir chevelu, en bas la région cervicale ; le malade les compare à des picotements, des battements, des tiraillements ou des piqûres.

Mais à ces douleurs, sous quelque variété qu'elles se présentent, le malade n'a attaché qu'une importance minime.

Puis, brusquement, *elles se renforcent et se compliquent d'une céphalée permanente* plus ou moins intense, fréquemment *limitée à une moitié du crâne*, et entrecoupée de *paroxysmes intolérables*. Des crises violentes surviennent plusieurs jours de suite dans tout un côté de la face : c'est alors que le malade a recours au médecin, il vient réclamer instamment l'avulsion d'une ou de plusieurs dents, ou bien, ne soupçonnant pas la cause réelle de son mal, puisqu'à cette époque précise, ses dents ne lui paraissent sensibles ni spontanément, ni à la mastication, ce n'est pas avec le doigt, mais avec la main qu'il en désigne le siège : c'est à la « mâchoire entière qu'il rapporte ses souffrances ».

2. — Les phénomènes douloureux pendant la période d'état.

Ces phénomènes douloureux marquent donc le début de l'affection, et ce sont eux qui domineront toute la scène pathologique du zona.

Ils sont de deux ordres :

Les *uns dentaires*, identiques à ceux que nous venons de décrire, et sur lesquels nous ne reviendrons pas ;

Les *autres, siégeant dans le territoire de l'éruption zostérienne*, et d'intensité variable.

Tantôt, mais exceptionnellement, cette douleur est

modérée, plus incommode que pénible, sensation de picotement ou de démangeaison seulement ; tantôt, et d'ailleurs, beaucoup plus souvent, elle est atroce, tenace, c'est une sensation de brûlure, de meurtrissure, qui, par instant, sans cause appréciable, ou à l'occasion d'un courant d'air, d'une tentative d'élocution, de l'éternuement, du mouvement des mâchoires, d'un simple contact, prend un caractère paroxystique. Ces exaspérations de la douleur surviennent souvent la nuit, déterminant une insomnie des plus pénibles pour le malade.

Son siège exact varie évidemment avec la localisation ultérieure de l'éruption, mais le territoire le plus fréquemment envahi dans ces cas appartenant au trijumeau, elle se localise à la face, aux joues, aux maxillaires, se cantonnant quelquefois strictement à la tempe, à l'orbite, au conduit auditif externe, à l'angle de la mâchoire, à la saillie du menton, à la langue, aux piliers du voile du palais. Lorsque l'éruption reste bornée à une des trois divisions du trijumeau, il n'est pas rare d'observer des irradiations dans les autres branches du nerf, dans celles du plexus cervical superficiel et profond, dans le domaine de la cinquième paire du côté opposé, à plus grande distance même encore au bras et à la poitrine.

A l'examen du patient, la pression exercée avec l'extrémité du doigt en certains points déterminés par Valleix éveille une douleur exquise. Ces points de prédilection siègent à l'émergence des nerfs, soit au niveau d'un canal osseux, soit au niveau où un filet ner-

veux traverse un muscle ; on les rencontre encore là où une branche nerveuse s'épanouit en ses divisions terminales. On provoque plus particulièrement ces douleurs en comprimant les nerfs sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier sortant de leurs canaux osseux. De façon souvent moins précise et surtout moins constante, la pression est douloureuse aux points palpébral, nasal et naso-lobaire lorsque la branche ophtalmique est atteinte, aux points malaire, temporal, temporo-maxillaire lorsque les branches maxillaires sont intéressées.

3. — Caractères de l'éruption.

C'est sur cette zone depuis longtemps douloureuse qu'apparaît du soir au lendemain l'éruption zostérienne. Au début, on voit se former des placards maculeux, de contours imprécis, d'une coloration variant du rouge vif au rouge violacé, et qui restent distants les uns des autres, séparés par des intervalles de peau saine. Sur ces plaques érythémateuses se développent des papules rouges miliaires remplacées très rapidement par des vésicules transparentes, perlées, du volume d'une tête d'épingle, qui plus souvent isolées et relativement discrètes, parfois grandissent et se fusionnent en certains points pour former une bulle saillante. Leur liquide, d'abord clair et limpide se trouble ; en même temps que les plaques pâlissent, les vésicules s'affaissent, se flétrissent et se dessèchent ; des croûtelles leur succèdent qui se détachent au bout de

15 à 20 jours laissant des taches brunâtres, pigmentées, et quelquefois des cicatrices indélébiles.

Le siège de l'éruption varie avec le territoire nerveux atteint. En général, il s'agit d'un zona du trijumeau, plus particulièrement des nerfs ophtalmique, maxillaire supérieur, et du plexus cervical. Les lésions des canines et des prémolaires supérieures intéressent de préférence le nerf ophtalmique, celles du maxillaire inférieur les nerfs cervicaux.

Lorsque l'éruption cutanée est en relation *avec la branche ophtalmique*, elle débute sur le front par des placards d'une rougeur érysipélateuse qui dépassent rarement la ligne médiane et se distribuent parfois en stries parallèles ou convergentes. Les lieux de prédilection des vésicules sont la moitié interne du front et de la paupière supérieure, le nez et la tempe. La participation du rameau nasal se manifeste par un bouquet de vésicules sur l'aile externe et la muqueuse pituitaire du nez, ce qui entraîne du coryza ; celle du rameau lacrymal par du larmoiement et de l'épiphora. La paupière supérieure est considérablement œdématiée. Des troubles oculaires viennent compliquer le zona, photophobie marquée, conjonctivite plus on moins intense, vésicules cornéennes avec ulcérations consécutives possibles. C'est là le tableau du zona ophtalmique de notre observation IX.

S'agit-il d'un zona de la deuxième branche du trijumeau, du nerf maxillaire supérieur ? Le malade, comme dans notre observation X, éprouve des démangeaisons, une sensation de brûlure violente au niveau

d'une des joues et voit apparaître bientôt sur cette pommette une plaque rouge qui gagne en haut la paupière inférieure et l'angle interne de l'œil, et qui recouvre en bas la moitié correspondante de la lèvre supérieure. Sur ce placard se disséminent des groupes de vésicules qui d'ailleurs ne restent pas toujours limités au voisinage du nerf sous-orbitaire. La participation des rameaux palatins et pharyngés entraîne des troubles du côté des muqueuses. La moitié de la voûte palatine, du voile du palais sont alors semées de petites bulles qui très vite éclatent et laissent des ulcérations superficielles et éphémères, mais momentanément très douloureuses.

Quand l'éruption enfin se fait *dans le domaine de la troisième branche du trijumeau*, comme dans le cas rapporté dans la thèse de Cassé (1), elle occupe une zone limitée en haut par une ligne partant de la commissure labiale, en bas par le bord inférieur de l'os maxillaire inférieur. Les groupes vésiculeux prédominent sur la partie inférieure de la face latérale de la joue, sur la lèvre inférieure et particulièrement sur la région mentonnière. Avec la participation du nerf auriculo-temporal, des vésicules se montrent en avant du tragus, sur la portion antérieure de la conque et la partie voisine de la tempe, dans le conduit auditif externe même, jusqu'à la membrane du tympan. Enfin une série de petites vésicules, d'ailleurs le plus sou-

(1) Cassé, Zona de la troisième branche du trijumeau. *Thèse Paris*, 1902.

vent discrètes, peuvent apparaître sur la face interne de la joue, dans le sillon gingivo-buccal, sur la face externe des gencives, sur le bord latéral de la langue dans ses deux tiers antérieurs.

Il est rare de voir l'herpès zoster s'étendre à toutes les branches du nerf, Singer (1), Cassé en relatent un cas ; souvent il se limite à un ou plusieurs rameaux qui ne sont pas atteints simultanément, mais se prennent en plusieurs poussées successives (2) ; plus souvent encore, l'éruption ne se cantonne pas à une des trois branches du trijumeau, elle envahit à la fois, mais partiellement, soit les deux nerfs maxillaires, soit le nerf ophtalmique et l'un des nerfs maxillaires (3). Il arrive parfois que le zona déborde la sphère du trijumeau lui-même, s'étendant aux nerfs voisins, en particulier au plexus cervical superficiel Enfin des vésicules herpétiques aberrantes se rencontrent plus loin encore, au bras, au tronc, comme dans l'observation IX de zona ophtalmique où fut notée une vésicule aberrante au-dessus du sein gauche (4)

Dans le territoire correspondant à l'efflorescence cutanée, le plus souvent dans la région sous-maxillaire pour les cas qui nous intéressent, deux ou trois ganglions sont gonflés et légèrement sensibles ; cette *adénopathie* est d'ailleurs presque insignifiante.

(1) Singer, Zona correspondant aux branches du nerf maxillaire inférieur. *Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*, 18 5, n° 40, p. 638.

(2) Cas de Deshayes, Remak, Hardy Fournier, Hugenschmidt, Chompret.

(3) Cas de Verneuil, Picot Eichhorst. Leudet, Achard et Castaigne.

(4) Cas de Fabre et Strübing.

Sur les plaques zostériennes, et sur les parties saines périphériques, on relève *des troubles de la sensibilité cutanée*. Côte à côte se juxtaposent des zones d'anesthésie et d'hyperesthésie. En un point la sensibilité est émoussée, au point voisin la moindre piqûre provoque une sensation de brûlure intense. Ces altérations profondes persistent souvent longtemps après la disparition des symptômes cutanés.

Au niveau du territoire de l'éruption, le malade éprouve une sensation d'engourdissement, la peau est chaude, douloureuse à la pression ; les mouvements de la face sont gênés ; avec l'apparition de vésicules sur la langue, le voile du palais, la muqueuse de la bouche, la parole devient embarrassée, la mastication des plus difficiles, parfois même impossible, la salivation s'exagère, et une dysphagie pénible vient encore quelquefois aggraver l'état du patient.

Les *phénomènes généraux* qui marquent le début de l'affection persistent quelques jours, souvent s'atténuent rapidement, parfois augmentent d'intensité. Chez un sujet prédisposé par ses antécédents nerveux ou alcooliques, le malaise s'accentue jusqu'à devenir de la prostration, la température s'élève, atteint 39°, le pouls est accéléré, on peut noter du subdélire. Mais ce ne sont là que symptômes passagers.

4. — Etat de la bouche et des dents.

En présence d'un zona céphalique précédé de névralgies tenaces et continues avec exacerbations, un

examen soigneux de la bouche et des dents s'impose. S'aidant d'une sonde et d'un miroir, le médecin doit chercher à déceler les caries, en apprécier la profondeur, mesurer l'intégrité ou l'atteinte de la pulpe, pratiquer une percussion méthodique des dents, qui, si elle est douloureuse en quelque point révèlera de la périodontite, palper les diverses régions de la bouche afin de ne pas méconnaître la moindre collection suppurée, enfin, à leur teinte bleuâtre dépister les dents mortes qui ont d'ordinaire perdu toute transparence.

Généralement, cet examen fait découvrir une dentition dans un état pitoyable. Les observations du Dr Jacquet et du Dr Rousseau en sont un exemple.

Tantôt le malade présente des gencives rouges, tuméfiées, des dents recouvertes de tartre, entourées de culs-de-sac remplis de pus, branlantes, les racines semblent s'être progressivement mises à nu, il s'agit de cette affection mal déterminée encore qu'on dénomme *polyarthite déformante et expulsive*. Tantôt, et c'est le cas habituel, le malade est atteint de multiples *caries*, rarement superficielles, plutôt *pénétrantes* qui constituent autant de portes d'entrée à l'infection des nerfs dentaires. Plus souvent encore, on découvre une ou plusieurs dents qui ne subsistent qu'à l'état de racines douloureuses, atteintes de *périodontite chronique* après avoir provoqué des poussées aiguës avec ou sans abcès. Parfois, l'examen ne décèle pas de caries, ou seulement des caries insignifiantes, et néanmoins on constate des désordres dentaires suffisants pour provoquer une irritation dans le domaine du trijumeau : c'est un

traumatisme dentaire à la suite duquel une pulpe s'est dénudée, infectée, mortifiée, occasionnant des névralgies intenses ; c'est une *extraction laborieuse* qui a entraîné la fracture des rebords alvéolaires et des cloisons interradiculaires, c'est un *kyste alvéolaire infecté* d'une extrémité apicale, c'est un *abcès sous-périostique* avec présence d'un petit séquestre maxillaire.

Enfin, il reste à signaler que chez un malade porteur d'une éruption zostérienne, on doit rechercher, si elle n'est pas liée à un *accident d'éruption de la dent de sagesse*. En effet, lorsque cet organe encore inclus dans le maxillaire et dissimulé sous la gencive essaie de se frayer un chemin au travers de l'espace trop étroit que délimitent la seconde grosse molaire et la branche montante de l'os, il occasionne de très vives douleurs névralgiques par distension, puis il enflamme et ulcère bientôt les parties molles sus-jacentes, et à peine sa couronne a-t-elle fait saillie, qu'autour d'elle se constitue un clapier ulcéro-suppurant qui développe et entretient des douleurs dans la sphère du trijumeau.

En rapport avec ces diverses lésions, *la température buccale* s'élève de façon très appréciable, du côté où elles siègent. La température malaire s'élève plus encore, mais toujours parallèlement à l'hyperthermie buccale.

Des études faites par le Dr Jacquet (1) sur la thermométrie buccale, il résulte qu'à l'état normal, chez

(1) Jacquet et Mlle Bachelet, Essai de thermométrie buccale en particulier, dans certaines dermatoses d'origine dentaire. *Premier Congrès français de stomatologie*, Paris, 1907.

une personne bien portante, en dehors de toute lésion dentaire ou de toute période d'éruption dentaire :

1° La température moyenne du cul-de-sac gingivo-génien est de 35°6 au réveil et à jeun. Elle atteint son maximum après le repas du soir, aux environs de 36°5, 36°6.

2° Les températures du côté droit et du côté gauche sont très sensiblement comparables entre elles.

3° La température de la région malaire suit de la manière la plus nette les oscillations de la température vestibulaire, elle est de 26° le matin, 30 ou 31 le soir.

Or, avec des lésions dentaires et péri-dentaires, des arthrites suppurées notamment, la température buccale monte le matin à 36°6, 36°8, 37° même, la température malaire à 30°, 31°, 32°, alors que du côté sain la température reste normale, et cela pendant que la température centrale ne dépasse pas 37°5, 38°. En effet, dans le zona d'origine dentaire, *l'élévation de la température buccale et malaire est un symptôme constant, elle suit une évolution parallèle à celle de l'éruption.*

En résumé, quelle que soit la nature des lésions gingivo-dentaires, il y a plusieurs faits importants à constater dans le zona d'origine dentaire, c'est *la coïncidence du même côté de ces lésions et de l'éruption cutanée*, c'est le *rapport chronologique des névralgies dentaires et du développement de l'affection cutanée*, c'est enfin la *disparition de tout phénomène douloureux avec la suppression de la lésion dentaire.*

CHAPITRE IV

L'ÉVOLUTION DU ZONA D'ORIGINE DENTAIRE

La marche de ce zona n'offre rien de particulier au point de vue de l'éruption. Après une huitaine de jours, la rougeur disparaît, les vésicules s'affaissent, il ne subsiste plus que des croûtelles jaunâtres qui se détachent assez rapidement, faisant place à des macules brunâtres qui s'effacent peu à peu en quelques semaines ou quelques mois. Au niveau de la muqueuse buccale, il semble que la période de vésiculation est plus courte encore, les vésicules se rompent au bout de quelques jours, et il ne subsiste aucune pigmentation.

Les complications sont exceptionnelles dans ces zonas, cependant on peut en trouver quelques-unes.

1. — Complications

Le zona *hémorragique* constitue à peine une complication et ne paraît guère comporter de pronostic spécial. Du reste, il y a toujours au cours de l'herpès zoster

le plus régulier, quels qu'en soient le siège et l'origine, quelques vésicules qui se remplissent de sang extravasé.

Ce qui est plus fâcheux, ce sont les ulcérations qui peuvent se produire soit à la suite de grattages, soit spontanément ; elles sont lentes à se guérir et laissent toujours après elles des *cicatrices* blanches à contours pigmentés, indélébiles, au niveau desquelles l'anesthésie persiste indéfiniment. Ces cicatrices localisées à la face, puisque le zona qui nous occupe est précisément céphalique, sont des plus disgracieuses au point de vue esthétique.

Il nous faut citer à titre de mémoire d'autres complications qui ne sont pas signalées dans les observations que nous publions, mais que l'on a rencontrées parfois dans des zonas du trijumeau. Ce sont des *accidents auriculaires* : douleurs au niveau du conduit auditif externe, hyperacousie ; bourdonnements d'oreille, surdité passagère, autant de troubles passagers ; ce sont *des complications oculaires*, lésions conjonctivales et kératiques surtout, iriennes ou amblyopiques moins souvent qui font la gravité du zona ophtalmique ; c'est la *paralysie faciale* que le zoster du trijumeau et plus encore le zoster cervical est susceptible d'engendrer. Cette paralysie faciale pour laquelle on a édifié diverses théories pathogéniques ressemble aux paralysies faciales *a frigore*, elle survient brusquement, intéresse tout le domaine du nerf facial, et ne disparaît que longtemps après la guérison du zona.

2. — Ce que deviennent dans le zona d'origine dentaire les névralgies post-zonateuses.

Une complication beaucoup plus fréquente, et qui assombrit particulièrement le pronostic du zona céphalique, c'est la persistance parfois presque indéfinie des douleurs. Il faut d'ailleurs en prévenir les malades, surtout les sujets âgés, rhumatisants ou névropathes. Chez eux, les névralgies survivent à l'éruption cutanée, et se prolongent pendant des mois, et même des années. Tantôt elles ne se manifestent que par des sensations de picotements ou de démangeaisons pénibles il est vrai, mais supportables ; tantôt, au contraire, elles sont vives, lancinantes, et revêtent l'allure du tic douloureux de la face.

Or, cette tendance fâcheuse des névralgies à s'éterniser qui constitue une séquelle à peu près constante, et toujours redoutable, du zona céphalique, est singulièrement atténuée ou même totalement supprimée dans le zona auquel on reconnaît une cause dentaire. En effet, l'épine irritative dentaire disparaît-elle sous l'influence d'un traitement judicieux ? Aussitôt, les névralgies rebelles qui torturaient le malade depuis bien des semaines diminuent considérablement, et la guérison absolue est assurée, il n'y a pas de reliquat à craindre. Par contre, la lésion dentaire subsiste-t-elle, soit pour n'avoir pas été dépistée, soit parce que le patient s'op-

pose à une intervention nécessaire ? Les phénomènes douloureux subsistent avec elle.

Le contraste entre la disparition de ces névralgies après la suppression de la lésion dentaire d'une part, et leur persistance lorsque la lésion dentaire demeure d'autre part, est saisissant dans les observations IX et X.

Voici dans l'une un homme de 73 ans, par conséquent un vieillard qui présente tous les symptômes d'un violent zona ophtalmique, on peut s'attendre chez lui aux classiques et interminables névralgies post-zonateuses ; il n'en est rien : *les lésions dentaires sont reconnues et traitées, les douleurs tournent court*, le malade est définitivement soulagé.

Dans l'autre, c'est un jeune homme de 18 ans qui fait un zona du nerf maxillaire supérieur à la suite d'irritations dentaires répétées, *il refuse les extractions jugées indispensables*, aussi ses douleurs survivent-elles à une éruption vésiculeuse éphémère ; *trois mois après, elles existent encore violentes et tenaces.*

« *Le parallélisme absolu entre la durée des névralgies et celle des lésions irritatives est des plus caractéristiques* » (Jacquet).

Mais alors, si la cause persiste et avec elle les excitations violentes et prolongées dans la sphère nerveuse correspondante, il n'y aurait rien de surprenant à ce qu'une seconde éruption survienne chez le même individu. Cette question des récidives soulève d'ailleurs des discussions que nous aborderons avec l'étude de la pathogénie de l'affection.

L'influence heureuse du traitement sur les douleurs post-éruptives dans le zona d'origine dentaire lui enlève toute gravité. Son pronostic est donc éminemment favorable. C'est une affection bénigne qui guérit sans laisser de trace fâcheuse.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le zona est ordinairement facile à reconnaître : la disposition anatomique des vésicules, leur unilatéralité, la coïncidence de douleurs névralgiques forment un ensemble caractéristique. Que l'éruption se généralise à toutes les branches du trijumeau ou qu'elle reste limitée à l'une d'elles, la constatation de vésicules perlées, groupées en plaques sur le trajet ou sur le territoire d'un ou de plusieurs rameaux nerveux ne laisse vraiment que peu de place à l'erreur.

1. — Diagnostic différentiel.

La confusion avec un érysipèle de la face, un eczéma ne peut résister à un examen attentif. Ce sont les anciens auteurs surtout qui insistaient beaucoup sur l'analogie du zona et de *l'érysipèle* qu'ils confondaient d'ailleurs souvent l'un avec l'autre et, de fait au début d'un zona ophtalmique, si les vésicules tardent à éclore, l'embarras est un instant possible ; mais l'érysipèle

s'étend par progression excentrique et ne respecte pas la ligne médiane, il se limite par un bourrelet pathognomonique, et n'a aucun rapport avec un territoire nerveux, enfin il apparaît au milieu de phénomènes généraux très graves.

L'*eczéma* se différencie plus aisément encore du zona, c'est une épidermo-dermite polymorphe disposée en taches ou nappes à bords émiettés qui se caractérise par un semis abondant de vésicules superficielles, petites, confluentes, bientôt déchirées et suintantes, remplacées par des croûtes minces, ambrées qui tombent, et la surface sous-jacente s'épidermise, puis s'exfolie en squames lamelleuses ou furfuracées. C'est une affection peu douloureuse, en général apyrétique et de fort longue durée.

Quand le zona se localise à la muqueuse buccale, aux joues, aux lèvres, aux gencives, à la langue, son siège insolite et sa rareté peuvent contribuer à le faire méconnaître. Mais un examen même sommaire suffit à faire éviter la confusion avec la stomatite aphteuse, la stomatite ulcéro-membraneuse, où l'aspect des ulcérations ne rappelle en rien celui des vésicules zostériennes. *Les aphtes* sont de petites ulcérations jaunâtres, punctiformes, parfaitement rondes, et entourées d'un liseré carminé, distribuées sans ordre sur tous les points de la muqueuse buccale, elles donnent lieu à une sensation de brûlure très douloureuse, exagérée par le contact ou par le frottement, mais jamais aux douleurs lancinantes et paroxystiques du zona. Les ulcérations de la *stomatite ulcéro-membraneuse* prédo-

minant nettement d'un côté de la bouche se rencontrent sur toute la face interne des joues, principalement au voisinage de la dernière molaire inférieure, envahissent souvent les bords de la langue, parfois le palais et le voile, plus rarement les amygdales ; leur fond est grisâtre ou lie de vin, ordinairement masqué par des détritus sanieux ou gangréneux, leurs bords sont à pic. Elles s'accompagnent d'une odeur repoussante particulière, d'une salivation abondante, et n'ont donc aucun point de commun avec les petites ulcérations superficielles du zona des muqueuses.

L'hésitation n'est pas davantage permise avec les *plaques muqueuses*, érosions opalines, disséminées sur n'importe quel point de la bouche, des lèvres, de l'isthme et du pharynx, surtout sur les amygdales, les piliers et les commissures des lèvres ; avec *un ulcère tuberculeux* localisé avec prédilection sur les lèvres ou la langue, de forme irrégulière, à contours déchiquetés, à bords décollés et fond inégal semé de grains jaunes ; avec *un ulcère simple* d'origine traumatique, enfin, en rapport avec une dent cariée, un chicot dont elle reproduit la forme et qui guérit spontanément quand on a enlevé l'aspérité dentaire et désinfecté les foyers de suppuration péri-dentaire.

Ni le siège des diverses lésions énumérées jusqu'ici, ni l'état concomitant de la cavité buccale, ni l'état général du sujet ne peuvent éveiller l'idée de zona. D'autre part, *l'unilatéralité de l'éruption* qui est la *caractéristique du zona* n'appartient qu'à lui, et c'est elle surtout qui sert de base au diagnostic.

En réalité, en présence d'une éruption zostérienne de la face ou de la cavité buccale, le doute n'est guère possible qu'avec *l'herpès*. Dans certains cas même, la distinction des deux affections offre de réelles difficultés. L'herpès ressemble au zona par la forme et le volume des vésicules, mais c'est un syndrome qui peut s'observer dans les états morbides les plus divers : tantôt il se trouve lié à l'invasion d'une maladie infectieuse, pneumonie, méningite cérébro-spinale, grippe, c'est l'herpès symptomatique, herpès fébrile, herpès critique, herpès cataménial, tantôt il se reproduit chez le même malade avec une ténacité, une fréquence vraiment désespérante sous l'influence d'une cause nettement déterminée et quelquefois méconnue, c'est l'herpès récidivant.

Son mode d'apparition et les circonstances qui l'entourent différencient donc l'herpès du zona.

Le diagnostic de l'éruption vésiculeuse nettement posé, il importe au clinicien d'en rechercher avec soin la cause et d'examiner méthodiquement les cavités de la face, fosses nasales, pharynx, amygdales, oreilles et sinus.

2. — Diagnostic étiologique.

S'agit-il d'herpès ? Il doit s'employer à dépister une irritation chronique comme un coryza, une rhino-pharyngite, une otite, une sinusite qui sont des raisons suffisantes pour entretenir un herpès récidivant de la face. Bien plus souvent encore, l'éruption herpétique

si commune aux lèvres et sur les joues est en relation avec une lésion dentaire, traumatisme, carie dentaire, gingivite. Si elle est accidentelle, l'interrogatoire du malade, la connaissance des commémoratifs seront une indication suffisante, car en ce cas, c'est un traumatisme qu'il faut le plus souvent incriminer.

Dans notre observation I, un bouquet d'herpès apparaît sur la lèvre supérieure trois jours après l'extraction de la première petite molaire supérieure gauche.

Dans l'observation II, c'est après une opération dentaire qui a nécessité l'application de la digue.

Dans l'observation de M. Rousseau-Decelle, particulièrement intéressante, la malade subit 4 extractions dentaires successives, les 20 janvier, 3 février, 17 février et 7 mars ; le lendemain ou le surlendemain de chaque opération apparaissent des bouquets d'herpès autour des lèvres avec prédominance du côté où a été pratiquée l'extraction.

Si l'éruption est récidivante, il faudra plutôt accuser l'état de la bouche, des gencives et des dents, l'emploi d'une substance irritante, quelquefois simplement la présence de tartre ou de débris alimentaires.

Dans l'observation V, une éruption herpétique se répète plusieurs fois pendant le traitement de deux dents atteintes de caries pénétrantes et infectées.

M. Decréquy et Besson (observations III, IV, et VI) publient deux cas d'herpès récidivant où l'éruption est consécutive à l'emploi d'un médicament caustique, et un cas d'herpès avec pyorrhée alvéolo-dentaire.

Le diagnostic étiologique de l'herpès facial récidi-

vant n'est pas toujours une question facile à résoudre. Le traitement seul quelquefois apporte une preuve à l'hypothèse émise.

S'agit-il de zona? Son diagnostic étiologique est parfois plus épineux encore, sa cause échappe aux investigations.

Le zona du trijumeau peut survenir au cours de maladies infectieuses comme la grippe, l'érysipèle, la pneumonie, coïncider avec une tuberculose pulmonaire (1), en être même un signe précurseur, éclater au cours du tabès, d'une paralysie générale (2), être la manifestation d'une intoxication arsénicale ou oxy-carbonique (3). L'examen approfondi du malade et de son état général permettent en ces divers cas de remonter à l'origine du zona. Elle apparaît évidente également lorsque l'éruption succède à un traumatisme violent comme dans les observations de Verneuil (4), Hybord (5), Gaucher et Bernard (6).

(1) Observations de Behrend, Vorstellung eines Falles von doppelseitigen recidivirenden herpes zoster faciei. Berlin, *Klin. Woch.*, 1889, n° 7, p. 119.

Lemonnier, Quelques cas de zona suivis de tuberculose. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphilig.*, 1890, p. 135.

Hugenschmidt, Herpès zoster buccal et gingival. *Rev. odontologique*, novembre 1889.

Cassé, *Thèse de Paris*, 1902.

(2) Head et Campbell, The pathology of herpes zoster. *Brain*, 1900, p. 353.

(3) Leudet, *Etudes de pathologie et de clinique médicales*, Paris, 1891, t. II, p. 306, 318.

(4) Verneuil, Herpès traumatique. *Gazette médicale de Paris*, 1873, p. 20, 26.

(5) Hybord, Du zona ophtalmique. *Thèse Paris*, 1872.

(6) Gaucher et Bernard, *Loco citato.*

Mais souvent la cause de l'herpès zoster ne s'impose pas, elle reste tout à fait obscure pour le clinicien qui n'est pas averti, il conclut à un zona idiopathique, à la fièvre zostérienne de Landouzy. Et pourtant cette cause existe, c'est une épine irritative profonde, viscérale. Bécus (1) à la Société médicale des hôpitaux publie trois cas d'éruptions zostériennes survenues consécutivement à des crises de coliques hépatiques et néphrétiques ; dans la littérature médicale, on trouve quelques observations analogues, celles de Bittorf (2), Kanera (3), Rosenberg (4), Rosenbaum (5), Krotoszynner (6), Flechsider (7), Schlessinger (8). Les cas où on peut affirmer une *relation de cause à effet entre ces états d'irritation viscérale d'une part, et les manifestations zostériennes d'autre part doivent être beaucoup plus fréquents encore*, mais souvent les rapports échappent, soit qu'on les méconnaisse, soit qu'il n'y ait qu'une lésion viscérale latente.

Or, le zona céphalique peut parfaitement être lié à une cause identique, *des névralgies répétées sont ca-*

(1) Bécus, *Loco citato.*

(2) Bittorf, Herpès zoster et colique néphrétique, contribution à l'étude des zones de Head. *Deutsche méd. Wochens.*, 16 février 1911.

(3) Kanera, *Deutsche méd. Wochens.*, 6 avril 1911.

(4) Rosenberg, *Deutsche méd. Wochens*, 27 avril 1911.

(5) Rosenbaum, Herpès zoster lié à une maladie rénale. *Deutsche méd. Wochensch.*, 15 juin 1911.

(6) Krotoszynner, Herpès zoster en rapport avec des lésions du rein. *Journ. of the Amer. Méd. Assoc.*, 9 septembre 1911.

(7) Flechsider, Zona dans la lithiase biliaire. *Société de médecine interne de Vienne*, 26 octobre 1911.

(8) Schlessinger, *Idem.*

pables de créer ou de localiser une éruption de zona dans le segment cutané qui leur correspond. Le médecin guidé par cette notion doit donc diriger ses investigations de ce côté, examiner les cavités voisines de l'éruption, et notamment la bouche. Le traitement, vraie pierre de touche, viendra confirmer l'exactitude de son diagnostic étiologique, ce qui justifie l'adage déjà ancien : « Les stomatologistes entre tous les biologistes jouissent d'un privilège, c'est que chacune de leurs interventions constitue une véritable expérience *in anima nobili* ».

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE

Nombre d'auteurs, Deshayes (1), Blachez (2), Remak (3), Fabre (4), Strübing (5), Camus (6), Hallopeau et Barrié (7), Cassé (8), Sermakechian (9) ont décrit des zonas du trijumeau précédés de crises douloureuses intenses ; or les névralgies faciales relèvent avec une fréquence extrême de lésions dentaires, les malades eux-mêmes attirent l'attention des médecins sur leurs dents, mais jamais la relation entre les deux phénomènes n'avait été nettement saisie. Et pourtant

(1) Deshayes, Observation de zona de la cinquième paire. *Gazette hebdomadaire*, 12 avril 1883.

(2) Blachez, Zona de la langue. *Gaz. des hôpitaux*, 1880, n° 23.

(3) Remak, *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1885, n° 7, p. 145.

(4) Fabre, Le zona. *Annales médicales de Liège*, 1881.

(5) Strübing, *Deutsche Arch. f. Klin. méd. Leipzig*, 1885, vol. XXXVII, p. 517.

(6) Camus, Du zona de la face. *Thèse Paris*, 1880.

(7) Hallopeau et Barrié, Herpès fébrile ou zona double. *Annales de dermat. et de syph.*, 1892.

(8) Cassé, *Loco citato*.

(9) Sermakechian, *Thèse Paris*, 1913.

l'influence étiologique et pathogénique de l'irritation gingivo-dentaire dans certains zonas paraît indubitable ; pour l'affirmer, nous nous appuyons sur des considérations cliniques fournies par les observations des Drs Jacquet et Rousseau-Decelle, deux cas de zona ophtalmique (observations VIII et IX).

1. — Les raisons qui permettent d'affirmer qu'un zona peut être lié à une irritation gingivo-dentaire.

Au préalable, qu'il nous soit permis de faire remarquer que *ces zonas n'appartiennent pas à la catégorie des simples éruptions zoniformes*, comme il serait facile de l'objecter. La gravité des phénomènes généraux, la température qui a atteint 39°2 dans un cas, 38°2 dans l'autre, l'étendue, le caractère et le siège de l'éruption vésiculeuse, l'intensité des troubles oculaires, la lymphocythose que révéla la ponction lombaire, sont des preuves suffisantes qu'il s'agit bien d'herpès zoster vrai.

Ceci étant établi, quelles sont les raisons d'impliquer les lésions dentaires dans l'étiologie de ces zonas?

Dans les deux cas, les malades ont souffert *pendant une longue période*, 6 mois dans l'une, un mois dans l'autre, *de névralgies violentes présentant tous les caractères de névralgies dentaires* et correspondant au côté où existent des dents malades.

Puis éclate une éruption complète et typique de zona ophtalmique compliquée de troubles oculaires (œdème palpébral, photophobie, épiphora) : l'examen de la

bouche des deux malades révèle *du côté de l'éruption de grosses lésions dentaires en activité pathologique*, chez l'un sept dents cariées, dont six à l'état de racines atteintes de périodontite, chez l'autre un abcès vestibulaire sous-périostique avec un petit séquestre maxillaire mobile.

Dans ces conditions, la mise en état de l'appareil dentaire est commencée ; bientôt après les interventions, les phénomènes cutanés et oculaires s'améliorent, et, ce qui a beaucoup plus de valeur, *les douleurs névralgiques s'atténuent d'emblée considérablement*, permettant aux patients de dormir toute la nuit. Avec l'élimination des séquestres les névralgies disparaissent complètement.

Cette disparition absolue des névralgies, reliquat presque constant des zonas ophtalmiques particulièrement chez les sujets âgés (l'un des deux malades est un vieillard de 73 ans), coïncidant avec la suppression de l'irritation dentaire, n'est-elle pas éminemment suggestive ? Par contre, pourquoi chez le jeune homme de 18 ans atteint de zona du nerf maxillaire supérieur (observation X), ses névralgies se prolongent-elles après son éruption, et malgré une amélioration passagère, si ce n'est parce qu'elles émanent de lésions dentaires persistantes ?

L'existence d'une phase prénévralgique durant des mois entiers, le parallélisme entre la durée des névralgies et celle des lésions irritatives sont des plus significatifs et confirment singulièrement la possibilité d'une origine dentaire à certains zonas.

Mais alors pourquoi ce contraste saisissant entre la banalité des lésions dentaires et la rareté des zonas? C'est que pour amener l'apparition d'un zona, *il faut que les excitations nées des lésions gingivo-dentaires soient poussées à leur maximum chez un individu déjà prédisposé* par ses antécédents personnels ou héréditaires, et qu'elles n'agissent pas seules, mais *cumulativement*, comme l'a dit M. Jacquet. En effet, les observations VIII et IX en fournissent un merveilleux exemple.

Dans l'une, c'est un alcoolique, dans l'autre un homme de 73 ans, très nerveux, qui a présenté plusieurs fois déjà des poussées d'herpès, et qui a eu de nombreuses conjonctivites ; tous deux subissent l'influence d'un surmenage intensif. Sur cet état d'équilibre instable viennent se greffer deux excitations périphériques, l'une conjonctivale, l'autre dentaire, qui irritent simultanément le ganglion de Gasser, et déterminent par une véritable sommation la production d'un zona ophtalmique.

L'observation XI est tout aussi frappante. C'est une femme sujette aux éruptions d'herpès, sa bouche est en très mauvais état, la plupart de ses dents sont cariées et découronnées. Elle subit les interventions suivantes :

20 janvier. — Extraction de la 1re molaire supérieure droite.

3 février. — Extraction de l'incisive latérale supérieure droite.

17 février. — Extraction de la deuxième prémolaire supérieure gauche.

Le lendemain ou le surlendemain de ces extractions apparaissent des bouquets d'herpès labial.

Le 7 mars. — Extraction de l'incisive latérale supérieure gauche

suivie de douleurs névralgiques violentes dans tout le domaine du nerf maxillaire supérieur.

Le 10 mars. — Pansement arsenical dans la première molaire supérieure gauche. Les douleurs redoublent d'intensité.

Le 11 mars. — Apparaît un zona palatin gauche.

Comment expliquer l'explosion de ce zona après ces deux dernières irritations dentaires? C'est que la malade se trouve dans un état d'affaissement croissant, elle redoute de nouvelles extractions, « c'était une idée fixe, je ne pensais plus qu'à cela », dit-elle; de plus, depuis un mois des soucis moraux viennent s'ajouter à ses émotions, sa santé est chancelante, elle souffre de troubles gastriques à cause de sa mastication de plus en plus difficile. Elle est donc dans un état momentané de déséquilibre nerveux qui la rend susceptible, sous l'influence d'irritations dentaires prolongées et cumulatives, de faire un zona.

Les excitations périphériques ne se traduisent donc par la forme zona que chez certains sujets et dans certaines conditions qui ne sont que rarement réalisées. Si l'irritation pathologique n'aboutit qu'exceptionnellement à une répercussion cutanée aussi grave que le zona, il est probable que cette répercussion existe toujours, mais simplement ébauchée. « *On a le plus grand tort, a dit Jacquet, d'envisager conformément à une indéracinable habitude d'esprit le résultat d'une irritation pathologique quelconque à son maximum de retentissement, maximum en effet exceptionnel. Il serait*

plus logique et plus profitable d'envisager au contraire la répercussion à son degré minimum. »

Il est très instructif, en effet, de constater combien souvent les excitations gingivo-dentaires faibles et localisées se traduisent par des troubles oculaires légers. Ces relations entre les maladies des dents et certaines affections oculaires ont été bien étudiées par Sulzer : « Il est fréquent de rencontrer chez les sujets porteurs de dents profondément cariées des phénomènes douloureux du côté des yeux. Ces malades accusent des douleurs dans le front ou dans d'autres régions animées par le trijumeau : l'œil est sensible à la lumière, plus particulièrement à celle de la lampe, et le travail est difficile ou impossible. L'extraction des dents cariées fait disparaître les troubles oculaires ; mais un examen approfondi fait souvent reconnaître qu'une anomalie non corrigée de la réfraction oculaire ou que l'état général ont préparé le terrain » (1).

De même, une observation attentive de ces faits montrerait que les irritations gingivo-dentaires retentissent très fréquemment sur le système cutané sous le mode sensitif et trophique, et que cette répercussion se manifeste beaucoup plus souvent qu'on ne le pense par des *zonas frustes*, dans lesquels il y a seulement de la névralgie et de l'hyperesthésie cutanée.

Par degrés insensibles, les excitations dentaires devenant *plus prolongées* et agissant *cumulativement* avec

(1) Extrait du mémoire du Dr Sulzer. Des relations entre les maladies des dents et certaines affections oculaires.

d'autres irritations périphériques ou profondes peuvent parfaitement conduire aux *grandes altérations de la peau*, et notamment au *zona*. Il s'ensuit, comme l'a dit M. Jacquet, que : « l'objection tirée de la rareté même du zona opposée à la banalité de l'irritation dentaire n'est valable que pour ceux qui croient à une barrière absolue infranchissable entre un zoster ophtalmique d'une part et leurs ébauches oculaires et cutanées de l'autre ».

L'existence d'un zona d'origine dentaire est donc nettement admissible, les observations et l'enseignement qu'on en tire permettent à juste titre de confirmer cette conception.

Mais alors, comment expliquer la genèse de ce zona ? A quelle théorie pathogénique devons-nous le rattacher ?

2. — A quelle conception pathogénique s'adapte le zona d'origine dentaire ?

Avant de prendre parti pour l'une ou pour l'autre, nous exposerons succinctement les diverses théories émises pour déterminer la *nature* exacte de cette curieuse affection. Elles ont toutes une base anatomo-pathologique.

Dès les premières autopsies, on faisait du zona la manifestation cutanée d'une lésion nerveuse, mais les uns ont décrit des altérations des ganglions spinaux, d'autres des altérations des nerfs périphériques ou du système nerveux central.

La théorie rattachant le zona à une *névrite* fut pour la première fois nettement formulée par Pitres et Vaillard (1) à la suite de l'autopsie d'un cas où deux éruptions d'âge différent existaient sur le même côté du thorax. Les deux nerfs intercostaux atteints présentaient des altérations dégénératives profondes : sclérose diffuse et destruction totale du cylindre-axe. Les ganglions dorsaux et les racines étaient sains. La moelle examinée à diverses hauteurs ne présentait aucune altération appréciable. De l'étude de ce fait, les auteurs concluaient que le zona peut être la conséquence directe de lésions des nerfs périphériques sans altération concomitante des ganglions et des racines. Mais la concordance de la distribution du zona avec celle des nerfs périphériques correspondants étant loin d'être toujours exacte (il y a longtemps déjà, Trousseau (2) avait fait remarquer que le zona thoracique inférieur croise à 45° le trajet des nerfs intercostaux correspondants. Parrot (3), Potain (4) avaient également relevé ce fait), on a été conduit à chercher plus haut le foyer morbide cause de l'éruption. La topographie de l'éruption zostérienne servit précisément d'argument au Professeur Brissaud pour édifier la *théorie spinale* dont il fut le créateur et le principal défenseur.

Il tira parti également de l'étude de la répartition des aires nerveuses de la peau, c'est-à-dire de la théorie de

(1) Pitres et Vaillard, *Loco citato.*

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 205.

(3) Parrot, *Union médicale*, 1856.

(4) Potain, *Médecine moderne*, 15 septembre 1894.

la *métamérie*. Jusqu'à la fin du troisième mois de la vie intra-utérine, le corps peut être considéré comme une colonne formée par la superposition d'un certain nombre de segments appelés métamères par Hœckel. A chaque portion de l'être fragmentaire correspondrait un segment de moelle ou myélotome et un segment de la crête rachidienne d'où naissent les ganglions rachidiens, le rhizotome. Il y a alors concordance parfaite entre ces divers éléments ; la partie des tissus en rapport anatomique direct avec le myélotome et le rhizotome, c'est-à-dire le myélomère et le rhizomère cutané se confondent. Quand l'être se développe, la moelle s'accroît moins vite que le reste de l'individu, il en résulte ce que l'on a appelé l'ascension relative de la moelle, mauvais mot, puisque c'est le canal rachidien qui s'allonge plus que la moelle. Elle n'arrive donc pas au bas du canal, les nerfs ne sont plus en concordance avec les étages primitifs de la moelle, les zones radiculaires ne se confondent plus avec les myélomères cutanés. Or, le zona ne serait que la projection sur la peau de la lésion du métamère spinal auquel elle ressortit. Cette hypothèse trouve confirmation clinique dans les observations de Brissaud et Lereboullet (1), de Vedel (2), de Widal et Le Sourd (3). Un autre groupe de faits fut

(1) Brissaud et Lereboullet, Etages radiculaires et métamérie spinale à propos d'un cas de zona thoraco-brachial. *Progrès méd.*, 7 juillet 1900.

(2) Vedel, Zona de la cuisse à disposition métamérique. *Soc. del sciences méd.*, de Montpellier, 4 mars 1898.

(3) Widal et Le Sourd, Zona métamérique du membre inf. *Soc. méd. des hôpitaux*. Séance du 26 juillet 1901.

apporté par Brissaud (1) en faveur de la théorie métamérique ; ce sont d'une part les cas de zona ophtalmique compliqués d'hémiplégie croisée dont il fit l'expression d'une lésion pédonculaire, et, d'autre part, la découverte de la lymphocytose à l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Mais ces divers arguments ne furent pas à l'abri de la critique ; les cas publiés de zona à distribution rhizomérique devinrent de plus en plus nombreux ; on reprocha surtout à la théorie de Brissaud de n'être qu'une simple hypothèse, et de manquer de consécration anatomique. Elle fut définitivement abandonnée lorsque parut le remarquable mémoire de Head et Campbell (2) qui mit en lumière la constance des *altérations radiculo-ganglionnaires* dans le zona.

Dans 21 autopsies ils trouvèrent au niveau des ganglions rachidiens ou du ganglion de Gasser, lorsqu'il s'agissait de zona ophtalmique, une inflammation interstitielle avec extravasations hémorragiques et nécrose des cellules, et accompagnant ces altérations des ganglions rachidiens, des lésions dégénératives de leurs rameaux périphériques et de leurs rameaux centripètes, c'est-à-dire de la racine postérieure dans son trajet extra et intra-médullaire.

Au cou et à la tête, les ganglions de Gasser, géniculé, acoustique, glosso-pharyngé, vague et les 2e, 3e, 4e ganglions cervicaux représentent une chaîne ganglion-

(1) Brissaud, Du zona ophtalmique avec hémiplégie croisée. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 25 mars 1896.

(2) Head et Campbell, *Loco citato*.

naire continue ayant la même origine embryonnaire, le même type de cellules, et l'inflammation de l'un de ces ganglions donne une éruption zonateuse avec symptômes accusant une atteinte légère des ganglions voisins, ce qui explique certaines complications du zona céphalique.

Ces résultats furent confirmés par divers auteurs, Gilbert Ballet (1), Laignel Lavastine (2), Armand Delille et Camus (3), Déjerine (4) qui insistèrent particulièrement sur les lésions ganglionnaires, par André Thomas et Laminière (5), qui de plus mirent en valeur les altérations de la moelle : congestion vasculaire et foyers hémorragiques avec prédominance très nette sur le segment médullaire et le côté correspondant au zona, déformation de la substance grise et en particulier de la corne latérale. Ces lésions médullaires pourraient être envisagées comme un équivalent des lésions cutanées et dans la production des unes et des autres, un rôle important reviendrait à une perturbation anatomique et physiologique du système sympathique, car peut-être la lésion radiculo-ganglionnaire qui détermine l'apparition du zona agit-elle beaucoup moins sur la

(1) Gilbert Ballet, Lésions nerveuses dans un cas de zona cervical (fièvre zoster), *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 8 juin 1900.

(2) Laignel-Lavastine, Eruption zosteriforme chez un tuberculeux. *Soc. anatomique*, 11 janvier 1901.

(3) Armand Delille et Camus. *Loco citato.*

(4) Dejerine et André Thomas. *Loco citato.*

(5) André Thomas et Laminière, Les lésions médullaires du zona. *Revue neurologique*, Paris, 1907, p. 693.

André Thomas, De la nature du zona. *Journal de la clinique*, 1908, an III, p. 291, 294.

peau par l'irritation ou la destruction du ganglion rachidien ou des racines postérieures que par les altérations simultanées des fibres sympathiques qui se mélangent à ce niveau avec des fibres radiculaires et sont comprises dans le même foyer inflammatoire.

Quoi qu'il en soit de ce mécanisme, le zona relève toujours d'une lésion radiculo-ganglionnaire ; à cet égard, l'accord est unanime.

Par contre, le second problème que pose la pathogénie du zona, c'est-à-dire la *nature intime de l'affection*, n'a pas reçu de solution définitive.

Depuis la leçon du Professeur Landouzy sur la « fièvre zoster et les exanthèmes zostériformes », l'opinion qui fait du zona idiopathique une entité morbide distincte revêtant un caractère infectieux, épidémique et contagieux reste généralement admise. Pourtant, cette hypothèse a soulevé des objections multiples. La fièvre zostérienne subit les mêmes conditions étiologiques que des infections congénères, angine, bronchite, grippe, pneumonie. Le germe pathogène spécifique du zona n'a été découvert ni dans le sang, ni dans le liquide céphalo-rachidien. On peut remarquer aussi que le zona survient souvent au début, au décours, ou au déclin de maladies infectieuses diverses. L'immunité, le principal argument en faveur du zona spécifique n'est pas absolu. Des cas certains de zoster récidivant ont été publiés. Il est donc permis d'émettre des doutes sur l'unicité du zona et de penser avec Dopter (1) que « la

(1) Dopter, Zona et affections banales de l'appareil digestif. *Bull. médic.*, Paris, 1904, p. 552.

forme essentielle du zona ne semble pas devoir être envisagée comme une entité morbide déterminée, et que l'herpès relève d'une infection quelconque dont il ne serait qu'un symptôme ». Par conséquent, la barrière que le Professeur Landouzy a établie entre la fièvre zostérienne d'une part, et l'éruption zostériforme d'autre part, reste-t-elle infranchissable ? « La distinction qu'on a cherché à établir entre le zoster vrai et le zoster symptomatique est peut-être un peu spécieuse », a dit Brissaud (1).

En effet, les observations de zona présentant tous les caractères du zoster vrai, et ne reconnaissant pas une nature infectieuse se font chaque jour plus nombreuses. Les faits de zona post-opératoire et d'origine traumatique (2), les cas de zona consécutif à une injection intra-vertébrale de cocaïne, à une ponction lombaire, publiés par Pautrier et Simon (3), Achard et Laubry (4), Achard (5), les observations de zona chez des lithiasiques de Bécus, Bittorf, Kanera, Rosenberg, Rosenbaum, Krotozynner, Flechsider, Schlessinger, Siding, Rausche, prouvent l'existence de ces zonas non infectieux et leur origine nerveuse réflexe.

(1) Brissaud, Du zona récidivant. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpitaux*, 1902, p. 206.

(2) Cas de Hybord, *Thèse de Paris*, 1871.

Cas de Pieridès, *Thèse de Paris*, 1898.

Cas de Gaucher et Bernard, *Loco citato*.

(3) Pautrier et Simon, *Société médicale des hôpitaux*, 1907.

(4) Achard et Laubry, Herpès de la face consécutif à l'injection intra-vertébrale de cocaïne. *Gaz. hebdomadaire*, 28 nov. 1901, p. 1129.

(5) Achard, Zona de la fesse consécutif à la ponction lombaire. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1907, p. 1330.

Le point de départ peut être cutané, mais aussi profond, dans un viscère sur la voie sympathique qui transmet l'excitation aux ganglions rachidiens, puis au territoire cutané correspondant.

Le zona d'origine dentaire n'est-il pas précisément analogue aux cas précédents? Ses symptômes nous permettent d'affirmer que c'est un zona vrai, et pourtant, il n'appartient pas au cadre de la fièvre zostérienne. Il semble donc que dans ces cas, *les deux termes zoster et zostéroïde doivent se confondre.*

Ainsi envisagé, le zona qui nous intéresse est indubitablement *d'origine périphérique ;* il s'adapte parfaitement aux *théories névritique et ganglionnaire*, et s'explique par une *irritation ascendante vers le ganglion de Gasser, une lésion irritative de ce ganglion, et une névrite dégénérative des branches du trijumeau.*

3. — Des rapports de l'herpès et du zona.

La question si délicate des rapports entre l'herpès et le zona a toujours été cause de discussions. Hebra, Jarisch, Neumann, Unna et les auteurs français se basant sur les caractères spéciaux à l'herpès : absence de douleurs névralgiques, localisations souvent bilatérales, guérison sans cicatrice, faculté de récidives surtout, sont d'accord pour distinguer l'herpès du zona. A ces arguments cliniques, Unna ajoute l'examen histologique d'après lequel le zona représenterait

le type de la dégénération ballonisante, tandis que dans l'herpès, il y aurait pure nécrose de coagulation.

Pour l'école allemande représentée par Bärensprung, Gerhardt, Blaschko, Epstein, Köbner, Merk, Neisser, Finger, et quelques médecins français, Fernet, Fabre, Mauriac, etc., les deux affections sont identiques. Bärensprung insistait sur l'identité des vésicules, l'unilatéralité habituelle de l'éruption, sa diffusion possible de la lèvre supérieure vers l'aile du nez, la joue et la paupière inférieure, de la lèvre inférieure vers l'oreille et sur la conque. Blaschko rapporte certains cas d'apparition simultanée de zona et d'herpès, ce qui, d'après lui, parle en faveur de la parenté des processus morbides. Enfin, pour Kopytowski, au point de vue anatomo-pathologique les deux affections sont semblables jusque dans leurs particularités. D'autre part, l'angine herpétique caractérisée par la brusquerie de son invasion, sa fièvre rapidement élevée, l'intensité de la douleur locale et des phénomènes généraux, et qui est complètement isolée par quelques auteurs, serait pour les cliniciens allemands un zona dépendant du nerf trijumeau et causé par un état irritatif du ganglion sphéno-palatin.

Quoi qu'il en soit de ces controverses, on ne peut, malgré une origine identique, rapprocher l'herpès du zona de façon absolue. L'herpès, en effet, est consécutif à une *excitation alvéolaire brutale, mais éphémère*, telle qu'une extraction laborieuse, une pulpite aiguë; le zona, au contraire, est le résultat d'une

excitation alvéolaire violente, chronique et massive. L'herpès ne constitue qu'un simple désordre fonctionnel passager, c'est un *trouble dynamique ;* le zona répond à une lésion nerveuse essentielle, c'est un *trouble organique.*

CONCLUSIONS

1° Certaines éruptions vésiculeuses reconnaissent une origine dentaire :

a) Une irritation alvéolo-dentaire violente, mais éphémère (traumatisme, pulpite aiguë) peut être le point de départ d'herpès.

b) Une irritation alvéolo-dentaire prolongée, chronique, massive (arthrite suppurée, kyste alvéolo-dentaire, poussée néo-dentaire), agissant cumulativement avec d'autres irritations chez un sujet en état de déséquilibre nerveux, est susceptible d'être le point de départ d'un zona.

2° Ce zona peut, mais exceptionnellement, siéger à distance ; il intéresse presque toujours le domaine du trijumeau et du plexus cervical.

a) Le zona ophtalmique est plutôt sous la dépendance d'une altération des canines et des prémolaires supérieures.

b) Le zona cervical est lié de préférence à une lésion du maxillaire inférieur.

3° Le zona d'origine dentaire est caractérisé par une longue phase névralgique pré-zostérienne durant des semaines ou même des mois entiers, et émanée

indubitablement de lésions dentaires. L'éruption se développe du côté où existe une épine irritative dentaire, c'est-à-dire une lésion en activité pathologique.

4° La guérison de cette lésion fait disparaître rapidement les phénomènes douloureux, et supprime les classiques et interminables névralgies post-zonateuses qui ont toujours été jusqu'ici une séquelle à peu près constante du zona céphalique.

5° Le parallélisme saisissant entre la durée des névralgies et celle des lésions irritatives prouve donc la possibilité d'un zoster d'origine dentaire.

6° Le zona d'origine dentaire s'adapte parfaitement aux recherches de Head et Campbell qui ont définitivement établi que le zona est toujours la conséquence d'une lésion radiculo-ganglionnaire ; sa pathogénie s'explique par le processus pathologique suivant : irritation ascendante vers le ganglion de Gasser, lésion irritative de ce ganglion et névrite dégénérative consécutive.

Le zona d'origine dentaire rentre dans le cadre de plus en plus vaste des zonas non infectieux dans la genèse desquels l'acte réflexe joue un rôle important.

Vu, le président de la thèse,
LETULLE.

Vu le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Université,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Achard. — Deux cas de fièvre zoster avec examen microbiologique du liquide céphalo-rachidien. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 1901, 3 s., XVIII, p. 264-265.

Achard. — Persistance de la lymphocytose arachnoïd. et des douleurs dans un cas de zona. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 1902, 3 s., XIX, p. 1069.

Achard. — Zona de la fesse consécutif à la ponction lombaire. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 1907, p. 1330.

Achard et Castaigne. — Zona céphalique. *Gaz. hebd. de méd. et de chirur.*, 12 décembre 1897.

Achard et Laubry. — Herpès de la face consécutif à l'injection intra-vertébrale de cocaïne. *Gaz. hebd.*, 28 nov. 1901, p. 1129.

Achard Lœper et Laubry. — Le liquide céphalo-rachidien dans le zona. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1901, p. 985.

Arent de Besche. — Herpès zoster mit pathologisch anatomischen Veränderungen im Rückenmark. *Centralb. f. allg. Path. u. Anat.*, Iéna, 1910, XXI, p. 897-904.

Audry. — Zona survenu au cours d'une hydrargyride. *J. de mal. cut. et syph.*, Paris, 1901, XII, p. 175-176.

Ballet (Gilbert). — Lésions nerveuses dans un cas de zona cervical (fièvre zoster). *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 1900, 3 s., XVII, p. 706-709.

Barthélémy. — Notes sur trois cas de zona. *Bull. Soc. française de dermat. et syphilis.* Paris, 1903, XIV, p. 272-275.

Bauer — Herpès N. nasopalatini (Scarpe) sinistri. *Deutsche méd. Wochen.* Leipzig u. Berl., 1911, XXXVIII, p. 1600.

Beathy. — A case of recurrent and bilateral herpès. *Brit. J. Derm.*, Lond., 1897, IX, p. 268.

Bécus. — Quelques cas de zona réflexe chez des lithiasiques. *Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 7 févr. 1913.

Behrend. — Vorstellung eines Falles von doppelseitigen recidivierenden Herpès zoster faciei. *Berlin. klin. Woch.*, 1889, n° 7, p. 119.

Berbèz. — Le zona. *Gazette des hôpit.*, 16 avril 1892.

Besson (de Grenoble). — Névralgie de la branche maxillaire du trijumeau accompagnée d'éruption vésiculaire à la suite d'un pansement arsénieux. *Revue de Stomatologie*, nov. 1902.

Bewley. — A case of recurrent and bilatéral herpès. *Brit. J. Dermat.*, Lond., 1897, IX, 270.

Bittorf. — Herpès zoster und Nierenkolik. Ein Beitrag zur kenntniss der Headschen zonen. *Deut. méd. Woch.*, Leipzig. u. Berl., 1911, XXXVII, p. 290-292.

Blachez. — Zona de la langue. *Gaz. des hôpit.*, 1880, n° 23.

Blaschko. — Beiträge zur topographie der aüsseren Hautdecke zur Pathologie und topographie des herpès zoster. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Wien u, Leipz., 1898, XLIII, p. 37-86.

Bœrensprung. — Beiträge zur kenntniss des zosters. *In annales des Charité krank.*, 1863, t. XI, p. 21-100.

Brissaud. — La métamérie spinale et la distribution périphérique du zona. *Bull. méd.*, 28 janvier 1896, p. 87.

Brissaud. — Du zona ophtalmique avec hémiplégie croisée. *Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 mars 1896.

Brissaud. — Du zona récidivant. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpit.*, 1902, p. 206.

Brissaud — Zona thoracique à disposition transversale. *Rev. neurologique*, Paris, 1904, XII, p. 630.

Brissaud et Lereboullet. — Etages radiculaires et métamérie spinale à propos d'un cas de zona thoraco-brachial. *Progrès médical*, 7 juil. 1900.

Brissaud et Sicard. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours du zona thoracique. *Bull. et Mém. soc. méd. des hôpit.*, Paris, 1901, 3 s., XVIII, p. 260-262.

Bureau. — L'herpès récidivant de la peau. *Gaz. méd. de Nantes*, 1908, XXVI, p. 21-26.

Camus. — Du zona de la face. *Th. Paris*, 1880.

Cassé. — Zona de la 3e branche du trijumeau. *Thèse Paris*, 1902.

Cazères. — Quelques recherches sur la fréquence de la récidive dans le zona au point de vue de ses rapports avec l'étiologie de cette affection. *Thèse Bordeaux*, 1900, n° 101.

Chandelux. — Observations pour servir à l'histoire des lésions nerveuses du zona. *Arch. de Physiol.*, 1879, p. 674.

Charcot et Cottard. — Sur un cas de zona du cou. *Soc. de Biol.*, 1865, vol. II, p. 41.

Chauffard. — Le zona. *Méd. mod.*, Paris, 1903, XIV, p. 243.

Chauffard. — Le zona et sa pathogénie. *J. de méd. int.*, Paris, 1904, VIII, p. 129-131.

Chauffard. — Les réactions méningitiques du zona. *J. de méd. int.*, Paris, 1907, XI, p. 83.

Chauffard et Rendu. — *Semaine médicale des hôpit.*, 1907, p. 83.

Chompret. — Le zona buccal. *Revue de stomatologie*, 1899, p. 184-188.

Costensoux. — Etude sur la métamérie du syst. nerveux et des localisations métamériques. *Th. Paris*, 1900.

Cruet. — Hygiène et thérapeutique des mal. de la bouche.

Curschmann und Eisenlohr. — Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Neuritis und des Herpès zoster. *Deutsches Archiv. f. klinis. Méd.*, Bd. XXXIV, 1883-1884, p. 409.

Darier. — *Précis de Dermatologie*, p. 132-144.

Darier. — Les affections vésiculeuses, l'herpès. *J. de méd. int.* Paris, 1908, XII, p. 101.

Debove. — Le zona ophtalmique. *Revue génér. de chir. et de thér.*, Paris, 1908, XXII, p. 353.

Decréquy (d'Alger). — Névralgie de la branche maxillaire du trijumeau accompagnée d'éruption vésiculaire et consécutive à l'extraction de dents. *Revue de stomatologie*, sept. 1902.

Déjerine et André Thomas. — Les lésions radiculo-gang. du zona. *Rev. neur.*, Paris, 1907, XV, p. 469-472 et 630.

Delille (Armand) et Camus. — Zona du plexus cervical. *Soc. de neurologie*, 1903.

Deshayes. — Observation de zona de la 5e paire. *Association française pour l'avancement des sciences*, Rouen, 1883, p. 709.

Desprès. — Zona de la langue. *Gaz. des hôpit.*, 13 février 1877, p. 139.

Dopter. — Sur une épidémie de zona. *Revue de médecine*, 1901, p. 406.

Dopter. — Zona et affections banales de l'appareil digestif. *Bull. méd.*, Paris, 1904, p. 552.

Dubreuilh. — Récidive du zona. *Archiv. clin. de Bordeaux*, juillet 1898.

Dubreuilh. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 1900, XXX, p. 436.

Dubreuilh. — De l'herpès récidivant de la face chez les enfants. *J. de méd. de Bordeaux*, 1907, XXXVII, p. 501-503.

Dubreuilh et Dorso. — *Annales de Dermatologie*, 1901, p. 1025.

Dubler. — Ueber Neuritis bei Herpès zoster. *Wirchow's Archiv.*, XCVI, 1884, p. 195.

Du Castel. — Les herpès récidivants. *Sem. méd.*, Paris, 1900, XX, p. 439.

Escat. — Troubles otiques fonctionnels et trophiques dans le zona total ou partiel du trijumeau. *Bull. de lary. otol. et rhin.*, Paris, 1908, XI, p. 173.

Fabre. — Les récidives du zona. *Bull. Acad. de méd.*, Paris, 1903, 3 s., XLIX, p. 589-602.

Faure-Beaulieu. — Les données récentes sur la pathogénie du zona. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1903, LXXVI, p. 1329-1336.

Fernet. — Sur l'herpès de la peau et des membranes muqueuses. *Sem. méd.*, Paris, 1910, XXX, p. 517-522.

Flechsider. — Zona dans la lithiase biliaire. *Soc. de méd. de Vienne*, 26 oct., 1911.

Follet et Sacquepée. — Zona métamérique. Infection par un leptothrix. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 1902, 3 s., XIX, p. 573.

Fournier. — Zona des muqueuses. *Journ. des mal. cut. et syph.*, 1891.

Gaucher. — *Traité des mal. de la peau*, t. I, p. 501.

Gaucher. — Zona du plexus cervical superficiel. *Journ. des mal. cut. et syph.*, 1904, XVI, p. 825.

Gaucher et Bernard. — Observations de zona traumatique par contusion ou lésion cutanée snperficielle. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 1901, 3 s., XVIII, p. 162-165.

Gellé. — Zona de la langue. *Tribune médicale*, 1876, n° 402, p. 219.

Gilardina. — Su la pathogenesi dell' herpès zoster. *Osp. magg. Rev. scient. prat.*, di Milano, 1909, p. 216-250.

Griffon. — Etude cystoscopique du liquide céphalo-rachidien dans onze cas de zona. *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1904, LXXIX, p. 151.

Grindon. — *Journ. of cut. and genito-urinary diseases*, mai-juin 1895.

Grosjean. — Les diverses théories sur la nature et la pathogénie du zona. *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 133.

Halipré. — Zona sous-orbitaire. *Rev. méd. de Normandie.* Rouen, 1910, p 97.

Hall. — A case of herpès zoster of the second division of the fifth nerve. *Brit. J. Derm.* Lond., 1904, XVI, p. 413.

Hallopeau et Barié. — Herpès fébrile ou zona double. *Annales de dermat. et de syph.*, 1892.

Head. — *Brain*, 1894.

Head. — De la sensibilité et des méthodes de choix pour son examen. *Congrès de méd. int.*, Wiesbaden, 1909.

Head aud Campbell. — The pathology of herpès zoster and its bearing ou sensory localisation. *Brain*, Lond., 1900, XXIII, p. 353-623.

Hedinger. — Beitrage zur Lehre von herpès zoster. *Deut. zeits. f. Nervenh.* Leipz., 1903, XXIV, p. 305-319.

Hirtz. — Du zona récidivant. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpit.* de Paris, 1902, 3 s., XIX, p. 206-210.

Hugenschmidt. — Herpès zoster bucal et gengival. *Rev. odont.*, nov. 1889.

Hunt. — A further contribution to the herpetic inflammation of the geniculate ganglion, a syndrom characterized by herpès zoster oticus facialis or occipitocallaris with facial palvy and auditory symptoms. *Ann. J. M. soc. Phila. et N. J.*, 1908, CXXXVI, 226-241.

Hybord. — Du zona ophtalmique. *Thèse de Paris*, 1872.

Jacquet. — Troubles de la sensibilité. *Pratique Dermatologique*, t. IV, p. 330.

Jacquet - Zona dorsal droit avec hémi-hyperesthésie profonde droite consécutif à une poussée éruptive de la dent de sagesse inférieure droite. *Soc. méd. des hôpitaux*, mars 1904.

Jacquet et Cramer. — Zona ophtalmique d'origine dentaire. *Congrès pour l'avancement des sciences*, Cherbourg, 1905.

Jeanselme. — Sur les vésicules aberrantes du zona. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1898, 3 s., XV, 619-626.

Jeanselme. — Le zona ou fièvre zostérienne, ses symptômes, sa topographie, sa nature — *Bull. méd.*, Paris, 1905, XIX, 1057.

Jeanselme. — Le zona. *Rev. gén. de clin. et de thér.*, Paris, 1908, XXII, 806.

Kanera. — Zona dans la lithiase rénale. *Deutsch. M. Wosch.*, n° 14, 6 avr. 1911.

Kopytowski. — Zur pathologischen Anatomie des herpès progenitalis. *Arch. f. dermat. u syph.* Wien u Leipz. 1904, LXVIII, 387.

Krotoszyner. — Herpès zoster in connection with kidney lésions. *J. An. M. Ass.*, Chicago, 1911, LVII.

Laignel-Lavastine. — Eruption zostériforme chez un tuberculeux. *Soc. anat.*, 11 janvier 1901.

Landouzy. — Fièvre zoster et exanthèmes zostériformes. *Semaine médicale*, septembre 1883, n° 20, p. 245.

Langevin. — Etude sur la métamérie cutanée en particulier dans le zona et les fièvres éruptives. *Th. de Paris*, 1903.

Lauber. — Ein fall von herpès ophtalmicus. *Arch. f. opht.*, Leipz., 1903, IV, 564-571.

Lemonnier. — Quelques cas de zona suivi de tuberculose. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1890, 8 mai, p. 135.

Letulle. — Discussion sur l'étiologie du zona. *La France Médicale*, 1889, p. 85.

Leudet. — Le zona chronique. *Arch. gén. de médecine*, 1887, VII[e] série, tome XIX, page 6.

Lesser. — Beitrage zur Lehre von herpès zoster. *Virchow's Archiv.*, Bd., LXXXVI, 1881, p. 391, et Bd., XCIII, 1883, p. 506.

Lévy (Fernand). — Essai sur les névralgies faciales. *Thèse Paris*, 1906.

Magnus. — Herpès zoster with changes of the spinal cord. *Norsk. mag. f. Lægevidensk.* Kristiania, 1906, 5 R., IV, 1429.

Mahu. — L'herpès rétro-pharyngien. *Méd. mod.*, Paris, 1906, XVII, 195.

Matignon. — Observation de zona récidivant. *Annales de dermat. et de syphilig.*, 1894, p. 1293.

Manteau. — Un cas de zona récidivant consécutif à un traitement dentaire du 4[e] degré. *Bull. du syndicat des ch. dent. de France*, mars 1908.

Marten. — Notes of cases post herpal neuralagia. *Intercolon. M. J.*, Australas Melbourne, 1897, ii, 195.

Merk. — Neher den herpès. *Wien. klin. Wochensch.*, 1903, XVI, 241-246.

Mignon. — Zona otique. *Bull. de laryngol. otol. et rhinol.*, Paris, 1909, XV, 196-198.

Moers. — *Deutsch. Archiv. für klin med.*, Leipzig., 1867, p. 162.

Olivier. — Clerical report of a case of herpès zoster ophtalmicus in volving the first division of the fifth. nerve. *N. York. M. J.* (etc.), 1909, XC, 855.

Parrot. — *Union médicale*, mars 1856.

Pautrier et Simon. — *Semaine médicale*, 1907.

Perney — Récurrent herpès of zoster with remarks on its œtiology. *Brit. J. Dermat.*, Lond., 1897, IX, 151-153.

Pfeiffer. — Ueber parasiten in Blascheinhalte von varicellen and von herpès zoster. *Monats. f. Derma. et syph.*, Bd. VI, 1887.

Pieridès. — *Thèse de Paris*, 1898.

Pitres et Vaillard — Contribution à l'étude des névrites périph. non traumatiques *Arch. de Neurologie*, 1883, tome V, p. 191.

Potain. — *Méd. mod.*, 15 sept. 1894.

Rausche. — Neuroligische Centralbl., 1905, p. 375.

Ravaut. — Etude du liquide céphalo-rachidien. Contribution à l'étude des herpès génitaux. *Gaz. des hôpit.*, Paris, 1903, LXXVI.

Rist. — Zona. *Pratique de Dermatologie.*

Rosenbaum. — Herpès zoster lié à une maladie rénale. *Deutsch., med. Woch.*, n° 24, 1911.

Rosenberg. — Zona dans la lithiase rénale. *Deut. Med. Woch.*, n° 17, 1911, 6 avril.

Rousseau-Decelle. — Le zona d'origine dentaire, *1er Congrès français de stomatologie*, Paris, 1907, p. 354.

Rousseau-Decelle. — De l'influence des irritations bucco-dentaires sur la production et l'évolution des dermatoses, *2e Congrès français de stomatologie*, Paris, 1911.

Rousseau-Decelle. — Les troubles réflexes et fonctionnels en rapport avec les dents. *Congrès de Londres*, 1913.

Sabrazès et Mathis. — Etat du sang dans le zona idiopathique. *Soc. de Biologie*, Paris 1900, LII, 1015-1016.

Sachs. — Contribution à l'étude du zona et relation d'une épidémie de zona observée à Breslau. *Rev. prat. des mal. cutanées*, Paris, 1907, VI, p. 9 et 49.

Sattler. — Ueber das Wesen des herpès ophtalmicus. *Anzeig. der. k. Gesell. derm. Aert.*, in Wien., 29 novembre 1875.

Schlessinger. — Zona dans la lithiase biliaire. *Soc. de Med de Vienne*, 26 octobre 1911.

Siding. — *Wiener klinische Woch.*, n° 8, 1909.

Singer. — Zona correspondant aux branches du nerf maxillaire inférieur. *Gaz. hebd. de med. et de chirurg.*, 1865, n° 40, p. 638.

Stein. — Kasuisticher Beitrag zur Lehre von herpès zoster mit Viszeralneuralgie. Prag. *Med. Wochen.*, 1911, XXXVI.

Sulzer. — Contribution à l'étude du zona opht. *Ann. d'ocul.*, Paris, 1898, CXIX, 401, CXX, 16.

Thomas (André) — Les lésions radiculo gangl. du zona [illegible] cas suivi d'autopsie). *Rev. neurol.*, Paris, 1907, XV, 630.

Thomas. — De la nature du zona. *Clinique*, Paris, 1908, III [illegible], 294.

Thomas André et Laminière. — Les lésions médullaires du zona, dégénérescences secondaires, réaction à distance, congestion et hémorragies médullaires. *Rev. neur.*, Paris, 1907, XV, p. 693.

Trousseau. — *Clinique médicale*, tome I, p. 205.

Truffi. — A caso raro herpès zoster. *Gior. ital. de mal. ver.*, Milan, 1898, XXXIII, 610-614.

Vedel. — Zona de la cuisse à disposition métamérique. *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 4 mars 1898.

Verneuil. — Herpès traumatique *Gaz. méd. de Paris*, 1877, [illegible] 26.

Wagner. — *Arch. f. Heilkunde*, Bd. XI, 1870.

Weidner. — *Berliner klin Wochensch*, 1870, n° 7.

Widal. — Le zona fruste. *J. de méd. et chir.*, Paris, 1907, LXXVIII, 12-14.

Widal et Le Sourd. — Zona métamérique du membre inférieur. *Soc. méd. des hôpit.*, 26 juillet 1901.

Wys (Oscar). — Beitrage zur kentniss. des Herpès zoster. *Arch. für Heilkunde*, Bd. XVI, 1871, p. 261.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. 1

CHAPITRE PREMIER. — *Historique* 13

CHAPITRE II. — *Etude clinique* 27

CHAPITRE III. — *Les symptômes particuliers au zona d'origine dentaire* 53

1. — Prodromes : névralgies dentaires 53
2. — Les phénomènes douloureux pendant la période d'état 55
3. — Caractères de l'éruption 57
4. — Etat de la bouche et des dents 61

CHAPITRE IV. — *L'évolution du zona d'origine dentaire.* 65

1. — Complications 65
2. — Ce que deviennent dans le zona d'origine dentaire les névralgies post-zonateuses. 67

CHAPITRE V. — *Diagnostic* 71

1. — Diagnostic différentiel 71
2. — Diagnostic étiologique 74

CHAPITRE VI. — *Pathogénie.* 79

1. — Les raisons qui permettent d'affirmer qu'un zona peut être lié à une irritation gingivo-dentaire . 80
2. — A quelle conception pathogénique s'adapte le zona d'origine dentaire ? 85
3. — Des rapports de l'herpès et du zona 92

CONCLUSIONS. 95

BIBLIOGRAPHIE 97

Lempert

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE